

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THESE

N°

365

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE CHOSSON

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 24 Janvier 1902

La Cure radicale de l'Ulcus Gastrique

HAUT SITUÉ

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

PIERRE CHOSSON

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 24 Janvier 1902

La Cure radicale de l'Ulcus Gastrique

HAUT SITUÉ

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÈPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE. .	Neurologie et psy- chiatry.	LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgi- cale.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN. . . .	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
BINET	Physiologie.	LÉVY SOLAL. . . .	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BROCQ.	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgie.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MERCIER (Fern)	Pharmacologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MULON.	Histologie.
DOGNON.	Physique.	OBERLING.	Anatomie pathologi- que.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.	OLIVIER.	Anatomie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	QUÉNU.	Pathologie chirurgi- cale.
FIESSINGER. . . .	Pathologie médicale.	RICHET Fils	Physiologie.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgi- cale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VELTER.	Ophtalmologie.
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.	VERNE.	Histologie.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.		
HUTINEL.	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER. . . .	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR CAMILLE JOUBERT

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, avec l'expression de notre
respectueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND

M. LE DOCTEUR H. BOUSQUET
DIRECTEUR HONORAIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE DOCTEUR BILLARD *(In Memoriam)*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LION

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Pour la grande bonté qu'il nous a
témoigné, qu'il nous soit permis
de lui adresser l'expression de
notre vive et respectueuse grati-
tude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BRIAND

MÉDECIN-CHEF DE LA MAISON MATERNELLE NATIONALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

dont nous avons été l'interne pendant un an.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LACOMME

A MES MATRES DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR PAUCHET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En témoignage de notre admiration
et de notre gratitude pour le grand
honneur qu'il nous a fait en nous
acceptant comme interne dans son
service et les leçons qu'il n'a ces-
sé de nous y prodiguer.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. LUQUET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

*Qui a inspiré et dirigé l'élaboration
de ce travail. Pendant les deux
années que nous avons passées à
l'Hôpital Saint-Michel son expé-
rience nous fut précieuse, qu'il
veuille bien recevoir l'expression
de notre vive gratitude.*

MONSIEUR LE DOCTEUR J. RECAMIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

MONSIEUR LE DOCTEUR M. DELORT

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SOREL

CHEF DU SERVICE DE RADIOGRAPHIE

Introduction

Deux méthodes s'opposent à l'heure actuelle dans le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. Ce sont, d'une part les opérations conservatrices : gastro-entérostomie, excision, thermo-cautérisation (Balfour), résection annulaire ; d'autre part la gastro-pyloréctomie. Nous nous occuperons uniquement de la deuxième méthode et, en particulier, de son application par une technique spéciale à l'extirpation de l'ulcère gastrique haut situé, c'est-à-dire siégeant sur le tiers supérieur de la petite courbure jusqu'au cardia.

Notre travail porte sur quarante-quatre cas d'ulcères gastriques haut situés, opérés à l'hôpital Saint-Michel, de 1922 à 1929, par le Docteur Victor Pauchet. Certaines de nos observations sont incomplètes, et les documents cliniques ainsi que les examens nous manquent; seules nous restent les constatations opératoires. Nous les donnons telles que nous avons pu les constituer. Aussi bien ne s'agit-il point ici d'une étude d'ensemble de l'ulcus gastrique, mais bien du résultat d'un traitement chirurgical appliqué à une forme toute spéciale par sa situation. L'intérêt vient de ce que celles-ci forment une série opérée par le même chirurgien, de même que les autres cas traités par des procédés différents auxquels nous les opposerons. En effet, s'il faut en

croire le Professeur Forgue : « Les statistiques générales, totalisant des faits inégaux empruntés à des chirurgiens différents sont de médiocre valeur... Il ne faut donc croire qu'aux statistiques particulières, exposant la même pratique d'un chirurgien. Mais là encore, que d'erreurs possibles inhérentes à la malignité du cas, au coefficient de résistance du malade, au degré et à la nature des lésions ».

Avant d'exposer les détails de la technique bien régiee par notre maître le Docteur Victor Pauchet et de discuter les résultats obtenus, nous étudierons rapidement cette catégorie d'ulcères que leur situation nous a fait ranger à part au point de vue chirurgical, par suite de leur accès parfois extrêmement difficile, et de la fréquence avec laquelle on relève parmi eux des ulcères térébrants dans les organes voisins.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence - Symptomatologie

Nous entendons par *ulcères haut situés*, l'ulcus siégeant à la partie supérieure de la poche gastrique, depuis l'union du tiers moyen et du tiers supérieur jusqu'au cardia. Cette catégorie représente environ 19 p. 100 des ulcères gastriques, c'est-à-dire une proportion non négligeable. L'âge et le sexe semblent de peu d'importance ; néanmoins nous donnerons les chiffres de notre statistique qui accuse 32 cas masculins pour 12 cas féminins. En ce qui concerne l'âge des malades, c'est entre 50 et 60 ans que nous les avons rencontrés le plus souvent.

Un caractère autrement important réside dans ce fait que ce sont souvent des ulcères *ténébrants* (ou *pénétrants*). En effet, 40 p. 100 des ulcères tant gastriques que duodénaux. ténébrants sont des ulcères de l'estomac haut situés. Cette particularité leur confère une gravité toute spéciale. Voici ce qu'en dit le Professeur Lecène dans la thèse de son élève Périgord (Thèse Paris 1926) :

« L'ulcère pénétrant est un ulcère chronique de la paroi
» gastrique qui a perforé lentement cette paroi en totalité
» et qui s'est ouvert dans un viscère voisin ou au niveau de
» la paroi abdominale antérieure.

» C'est toujours un ulcère calleux qui subit fréquemment
» la dégénérescence cancéreuse. Celle-ci débute par les
» bords de l'ulcération.

» La symptomatologie est celle d'un ulcère calleux de
» l'estomac, mais elle revêt une acuité particulière ; les crises
» paroxystiques deviennent de plus en plus rapprochées,
» de plus en plus violentes ; l'état général s'altère rapidement.
» La douleur est atroce, souvent fixe, continue,
» toujours plus tenace, plus constante, plus irradiée que
» dans l'ulcère non compliqué ; elle ne cède pas à la médication.

» Dans quelques cas, elle revêt une allure particulière,
» irradiant à la région dorsale, vers la pointe de l'omoplate
» gauche lorsque l'ulcère s'est extériorisé dans le pancréas.
» L'examen radiologique est indispensable pour confirmer le diagnostic clinique d'ulcère pénétrant.

» Le pronostic est grave. Toujours fatal si l'on n'intervient
» pas chirurgicalement. Après intervention, la mortalité
» immédiate est encore élevée (23 p. 100) ; les résultats
» éloignés encore défavorables par réapparition d'un
» cancer à évolution rapide ou par récédive » (1).

(1) Il s'agit sans doute, dans ce cas, d'ulcères dégénérés, comme celui dont nous donnons ci-dessous l'observation, apparaissant macroscopiquement comme un ulcère, et dont la nature néoplasique fut diagnostiquée à l'examen histologique.

T... Paul, 51 ans.

Antécédents : Souffre de l'estomac depuis huit ans, mais accuse

Tous les ulcères haut situés ne sont pas ténébrants, mais la grande fréquence de ces derniers parmi ceux qui nous occupent semble montrer qu'il faut craindre cette complication bien plus que dans l'ulcus de situation basse.

Symptomatologie.

Guérin (Thèse Lyon 1919), distingue quatre formes cliniques d'ulcères juxta-cardiaques :

Une forme type, caractérisée par des douleurs interscapulaires, des régurgitations œsophagiennes ;

Une forme œsophagienne ;

Une forme pylorique ;

Une forme fruste.

Ces distinctions nous paraissent assez subtiles et pour notre part relativement peu importantes. Néanmoins, la forme pylorique présente un certain intérêt par la confusion qu'elle peut créer en égarant le diagnostic sur une lésion juxta-pylorique. Nous verrons du reste qu'il n'est pas rare de rencontrer chez le même malade un ulcus duodénal ou

une recrudescence des symptômes depuis deux mois. Douleur épigastrique très vive, survenant quatre heures après le repas, avec irradiations au niveau de l'omoplate gauche.

Prélèvement : Il montre une légère augmentation de l'acidité avec une évacuation un peu retardée.

R. X. montre une niche de la partie supérieure de la petite courbure.

On porte le diagnostic d'ulcère de la petite courbure.

A l'intervention, le 8 mai 1924, on découvre deux ulcus, un ulcus duodénal et un ulcus haut situé sur la petite courbure.

On pratique une gastrectomie en gouttière qui enlève largement toute la zone malade. Anastomose gastro-jéjunale postérieure trans-méso-colique à la Polya.

L'examen histologique montre qu'il s'agit en réalité d'un épithélioma au début.

Le malade sort le 26 mai, mais n'a pas été revu depuis.

juxta-pylorique et un ulcus haut situé sur la petite courbure. Dans ce cas, le diagnostic clinique est, neuf fois sur dix, ulcus duodénal.

Les symptômes cliniques de l'ulcère gastrique haut situé diffèrent peu d'après nos observations de ceux fournis par l'ulcère ordinaire.

Le *Début* est ancien et remonte à plusieurs mois, voire à plusieurs années ; c'est la plupart du temps une histoire de dyspepsie à symptômes progressivement croissants et aggravés, dont :

L'*Évolution* est coupée d'accalmies amenant un soulagement complet (symptôme capital) et pouvant faire croire à une guérison.

La *Douleur* répond au type marqué, tenace, régulier et fixe. Sa fixité dans le temps et la localisation est remarquable. Elle survient habituellement deux à trois heures après les repas, sous forme de brûlures, crampes, sensation de torsion ; neuf fois sur dix elle siège au creux épigastrique. Elle est soulagée par l'ingestion d'aliments ou de bismuth. Parfois, on note des irradiations dorsales, ou même, comme dans l'observation d'Hirschberg un syndrome d'angine de poitrine.

Les *Vomissements* existent dans un tiers des cas. Ce sont tantôt des vomissements alimentaires (rares), indice de stase par spasme pylorique, tantôt des rejets aqueux mélangés de bile. Nous n'avons jamais rencontré de sténose caractérisée dans l'ulcère haut situé existant seul.

Les *Hémorragies*, hématomises et mœlena semblent plus fréquentes que dans l'ulcère gastrique ordinaire. Elles ne

paraissent pas en rapport avec le caractère pénétrant de l'affection.

L'*Examen du suc gastrique* montre, sauf dans de très rares cas, une assez forte augmentation de l'acidité.

L'acidité totale A oscille entre 2.10 et 3.70;

L'acidité chlorhydrique Hcc entre 1 et 2.50,3 (1).

En somme, les symptômes précédents peuvent faire diagnostiquer l'ulcère, mais ne permettent pas d'en préciser le siège. Reste l'examen radiologique.

Celui-ci révèle dans la plupart des cas une image diverticulaire haut placée située sur la petite courbure. Le diagnostic est alors confirmé. Mais parfois, on trouve un estomac d'apparence radiologique et de fonctionnement normaux (obs. XXIII, XXXI, ou bien une simple diminution marquée de la motilité avec hypersécrétion légère (obs. X). Enfin, comme dans l'observation XXXIX où il existait un ulcus duodénal et un ulcus haut situé, le premier seul donnait des signes radiologiques.

(1) Dans toutes nos observations, le chimisme a été étudié de la façon suivant (Delort et Verpy) :

Prélèvements successifs de dix en dix minutes par le tube d'Einhorn que le malade conserve pendant toute la durée de l'épreuve. Le malade, à jeun depuis le soir à minuit avale l'olive d'Einhorn et nous recueillons le suc gastrique (tube I). On administre alors le repas d'épreuve et nous faisons 8 prélèvements successifs (tubes II à IX). Le repas comprend 250 cm³ d'eau, 5 grammes de peptone et 0 g. 10 de salicylate de soude. (Le salicylate de soude sert d'indicateur facilement décelé par le perchlorure de fer).

Normalement, l'acidité totale varie entre 1 et 1,7; la chlorhydrie entre 0,2 et 0,7. A la cinquantième minute, il n'y a plus trace d'acide salicylique dans le tube.

CHAPITRE II

Traitement

De nombreux chirurgiens français et étrangers se sont occupés du traitement chirurgical des ulcères haut situés.

GUÉRIN (loc. cit.) propose les interventions suivantes :

Résection de l'ulcère (gastrectomie).

Thermocautérisation et enfouissement.

Gastro-entérostomie.

« Mais, dit-il, la gastrectomie nous paraît être dans les
» ulcères de la région qui nous occupe le procédé de choix.
» Ce sur quoi nous tenons à insister, ce sont surtout les dif-
» ficultés qui se présentent au chirurgien, tenant à la lésion
» particulière que nous étudions. Bien que nous estimions
» que ce soit l'opération idéale, nous sommes obligés de
» reconnaître que sur les douze observations personnelles
» que nous publions, notre maître n'a pu la pratiquer que
» quatre fois ».

Le Professeur DUVAL, parlant des ulcères de la petite courbure situés près du cardia juge la résection très diffi-

cile. L'isolement de l'ulcus est très délicat. Il ne faut pas faire la résection en selle : le cardia et l'œsophage se rétractant rendent la suture très malaisée. Mieux vaut pratiquer la résection totale après libération, suivie de suture bout à bout.

DELAGÉNIÈRE, du Mans, pense même que l'implantation œsophagienne après fermeture de l'estomac serait plus aisée.

BRAITHWAITE, au sujet du traitement des ulcus inaccessibles situés trop haut près du cardia, ou trop loin sur le duodénum conseille la cholécysto-gastrostomie qui pour lui agirait sur l'ulcère en alcalinisant le milieu gastrique.

SCHMIEDEN et OSTERMEYER préconisent une résection longitudinale falciforme plastique, mais lui reconnaissent des indications assez rares.

Le Professeur GOSSET propose une œsophago-gastro-anastomose transdiaphragmatique. Nous n'avons pas pu découvrir une observation relatant semblable intervention réalisée in vivo.

Nous allons maintenant exposer la technique de la « résection gastrique en gouttière », telle qu'elle a été pratiquée dans les quarante-quatre observations que nous publions.

CHAPITRE III

La Gastro-Pyloréctomie en Gouttière

Les résultats d'une intervention chirurgicale dépendent de plusieurs facteurs. Certes, la perfection de la technique, l'habileté du chirurgien, son entraînement à l'opération qu'il exécute sont de puissants atouts.

Mais il importe de mettre le malade dans les meilleures conditions requises pour supporter le choc opératoire. Différentes précautions sont à observer si l'on veut obtenir le meilleur résultat.

I. — SOINS PRÉPARATOIRES.

Examen du sang. — Wassermann, polynucléose, azotémie. Pour cette dernière, la recherche du taux de l'urée du sang est insuffisante comme renseignement, et il est nécessaire de faire la recherche de la constante d'Ambard qui est mauvaise assez fréquemment chez les gens atteints d'af-

fections gastriques. Si la constante est supérieure à 0,12 les malades ne sont pas opérés. Ils doivent au préalable subir un traitement opothérapique approprié, et il ne faut intervenir que lorsque les choses, après un nouvel examen sont rentrés dans l'ordre.

Examen des urines : acidose, albumine, sucre.

Désinfection du nez, de la gorge et des dents pour prévenir les complications pulmonaires.

Evacuation du gros intestin par des lavements additionnés d'huile, de glycérine et d'un mélange de bile et de glycérine.

Lavages d'estomac, non seulement pour le désinfecter, mais pour entraîner le patient à subir l'introduction du tube de Faucher qui pourra être nécessaire dans les jours qui suivront l'opération.

Transfusion sanguine. — Chez les malades anémiés par les hémorragies antérieures, déprimés par la souffrance ou la faim, chez tout malade fatigué, il faut faire une transfusion de sang avant l'opération, et souvent la répéter le lendemain.

II. — PENDANT L'OPÉRATION.

Anesthésie. — Elle joue un rôle considérable ; 95 p. 100 de nos malades n'ont pas subi la narcose et ont été opérés tous anesthésiée régionale. Nous pratiquons :

a) L'infiltration de la paroi abdominale avec une solution de novocaïne à 1 p. 100 ;

b) Autrefois, nous faisons l'infiltration des sphinchniques par piqûre dans l'angle cocto-vertébral. Actuellement, nous

préférons l'infiltration des mésentériques gastriques à droite et à gauche du duodénum et au niveau de la petite courbure. Chez quelques sujets pusillanimes, on a fait inhaler quelques gouttes d'éther ou de chlorure d'éthyle pour leur donner l'illusion d'être endormis, mais il faut se garder de pousser la narcose sinon le sujet s'agite.

Enfin le malade reçoit 250 à 500 cm³ de sérum physiologique, et il est réchauffé sur la table même par la diathermie.

III. — APRÈS L'OPÉRATION.

Transfusion sanguine de 200 cm³ de sang pur si le malade est shoké; calmer la souffrance qui diminue la résistance du malade, par la morphine. Nettoyer la bouche et les dents pour éviter le muguet et la paratidite; mettre le malade en position assise pour éviter la stase pulmonaire, et le faire lever le plus tôt possible, du sixième au huitième jour.

Technique de la résection en gouttière

C'est essentiellement une *résections annulaire combinée à une résection en selle de la région ulcéreuse*. Pour cela, après la section du duodénum et la libération de l'estomac, on résèque ce dernier en l'attaquant par la grande courbure, mais le bistouri après avoir parcouru environ les deux tiers de la largeur de l'organe change de direction et remonte suivant le grand axe de l'estomac; puis il s'infléchit en décrivant une courbe qui encercle l'ulcus et la région qui

l'avoisine immédiatement. Cette même manœuvre est répétée sur les deux faces de l'estomac. La portion gastrique réséquée comprendra donc en fin de compte, le pylore, la petite tubérosité et la petite courbure de l'estomac supportant l'ulcère.

Cette section peut se faire en pratiquant directement l'incision que nous venons d'indiquer, mais si l'estomac est difficile à libérer ou si les limites de l'ulcère ne sont pas nettes, il est possible de l'exécuter en deux temps.

Dans un premier temps, sectionner l'estomac complètement suivant la ligne joignant la grande à la petite courbure : c'est la résection annulaire ;

Dans un second temps, pratiquer la section curvilique : c'est la résection en selle qui devient de ce chef plus facile à effectuer. (Planches I, II, III).

I. — INCISION DE LA PAROI. — Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. On pourra, s'il est nécessaire brancher une incision gauche perpendiculairement à la première, ce qui donne un jour considérable sur la région. Nous ne conseillons pas les résections chondrales ou costales qui s'infectent facilement et donnent de mauvaises parois par la suite.

II. — EXPLORATION ET LIBÉRATION DE L'ESTOMAC. — On accède à la face postérieure de l'estomac soit par le dépouillement de la grande courbure à la compresse (Témoin) soit par le décollement colo-épiploïque. (Planches IV, V).

Nous donnons la préférence au deuxième procédé plus élégant et plus anatomique : il sectionne et sépare au lieu d'arracher. De plus, il est exsangue, et n'oblige pas à faire

les nombreuses ligatures nécessaires après arrachement; enfin il n'y a pas ces moignons d'épiploon qui peuvent toujours s'infecter plus ou moins, et créer par la suite des adhérences.

III. — SECTION DU DUODÉNUM. — Une fois l'estomac exploré, et la lésion reconnue, on pratique la section du duodénum :

1° Elle est facile, la première portion du duodénum étant d'ordinaire libre près du pylore;

2° Elle facilite la libération de la petite courbure adhérente et la section du petit épiploon;

3° Elle facilite la recherche et la ligature de la coronaire.

On sectionne au bistouri ou aux ciseaux les attaches épiploïques des bords supérieur et inférieur du duodénum, en particulier la partie supérieure du bord droit du grand épiploon que l'on coupe entre deux ligatures, en prenant soin autant que possible de ne pas léser le revêtement séreux intestinal. On pince les vaisseaux qui saignent, spécialement l'artère pylorique en haut. Puis on place deux fortes pinces sur la portion juxta-pylorique du duodénum, et on coupe ce dernier entre les deux pinces et on passe à l'iode les deux tranches de section.

Si la portion libre du duodénum est trop courte pour qu'on ne puisse placer qu'une pince, on aura soin, une fois la section effectuée, de vider immédiatement s'il y a lieu le contenu de l'estomac au moyen d'un aspirateur pour éviter l'inondation possible du champ opératoire. L'extrémité pylorique ouverte ainsi que l'estomac devra être entourée de compresses pour ne pas infecter le champ. (Planche VI).

IV. — SECTION DU PETIT ÉPIPLOON. — LIGATURE DE LA CORONAIRE. — Suivant le bord supérieur de l'estomac et un peu au-dessus de lui, on sectionne l'épiploon gastro-hépatique en allant dans la direction du cardia. Cette section ne donne généralement pas de sang. Dans le cas contraire, on pince et on lie les vaisseaux qui pourraient être coupés. Ce faisant, on libère la petite courbure. Si elle est adhérente aux plans profonds, on use de la pointe du bistouri ou des ciseaux. Lorsque l'ulcère est térébrant, il arrive d'ouvrir l'estomac. Par l'ouverture ainsi faite on introduit le tube de l'aspirateur pour éviter de souiller le champ opératoire par le contenu gastrique. Il faut pousser loin le dépouillement de la petite courbure pour dépasser largement et nettement la zone malade. On pratique alors la ligature de la coronaire au moyen d'un passe-fil armé d'un solide catgut. Cette ligature doit être placée le plus haut possible dans le voisinage du tronc cœliaque.

V. — SECTION DE L'ESTOMAC. — Elle peut se faire en un ou deux temps.

a) *Section en un temps.* — L'estomac ayant été complètement libéré de ses attaches, on choisit l'endroit où doit se faire la portion verticale de la section, à peu près à la jonction de l'autre et du corps. On place à ce niveau sur la grande courbure une tenaille de tour qui l'amarre solidement, et on en place une deuxième sur la petite courbure au point correspondant, au-dessous de l'ulcus. Ces deux pinces sont confiées à l'aide qui les tire en sens inverse pour tendre l'estomac dans sa largeur. L'opérateur tire à son tour sur la pince qui ferme le pylore sectionné et tend

alors l'estomac dans sa longueur. De la pointe du bistouri, on dessine sur la séreuse le tracé de l'incision, celle-ci, partant à droite de la tenaille inférieure qui doit être laissée sur la portion gastrique qui restera, monte d'abord à la rencontre de la tenaille supérieure, mais à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur, elle change de direction, se dirige en haut et à gauche pour encercler la région ulcérée dont elle doit dépasser nettement les limites. Elle rejoint alors obliquement la petite courbure au-dessus, dans le voisinage du point de ligature de la coronaire stomachique. (Planche VIII).

A ce moment, il est bon de placer un fil qui empêche l'ascension ultérieure du moignon gastrique ; grâce à ce tracteur, l'estomac ne remontera pas, et il sera possible de placer sans danger les sutures sur la petite courbure. Ce « fil-amarre » est passé avec une aiguille courbe très haut entre l'œsophage et l'extrémité supérieure de l'ulcus. On ne le noue pas, mais on place une pince dessus que l'on confie à l'aide qui ne la lâchera plus jusqu'à ce qu'on ait achevé la reconstitution de la petite courbure. (Planche VII).

Après avoir repéré ainsi la ligne de section, on revient en bas. L'estomac toujours bien tendu, le bistouri coupe franchement la paroi antérieure dans la portion verticale, puis la portion curviligne. Dès que cette dernière section est amorcée, il faut immédiatement placer sur l'angle une pince de Chaput qui servira de tracteur et de repère. On agit de même pour la face postérieure; on sectionne parallèlement l'ouverture antérieure et on place également une pince de Chaput au point de jonction. La résection ainsi faite, on se trouve alors en présence d'un estomac formé de deux lam-

beaux flottant en haut, réunis en bas au niveau de la grande courbure, transformée en une véritable « gouttière ».

Il est prudent, dès que l'estomac a été ouvert au début de la section, d'y introduire un aspirateur qui videra la cavité gastrique des liquides qu'elle pourrait contenir et permettra de continuer l'opération à sec ;

b) *Section en deux temps.* — On disposera les tenailles comme dans la section en un temps, mais on tranchera les parois gastriques antérieure puis postérieure dans toute leur largeur cette fois d'une tenaille à l'autre et toujours à droite de ces dernières : on se débarrassera ainsi de tout l'autre pylorique. Puis, plaçant sur chacune des tranches gastriques une pince de Chaput au point d'où partira l'incision curviligne qui doit circonscrire l'ulcus, on exécutera aux ciseaux courbes cette incision qui effectuera la « résection en selle ». L'aspect de l'estomac est alors le même que dans la technique précédente. (Planche IX).

VI. — RECONSTITUTION DE LA PETITE COURBURE. — Elle est en général assez facile sauf peut-être dans le haut de l'incision, près du cardia. L'aide prend soin de tirer sur les deux prises d'angle de façon à bien tendre les bords supérieurs cependant que le deuxième aide tire sur le fil amarre. La suture se fait de haut en bas par un surjet total réunissant les deux tranches de section curviligne et s'arrêtant en bas à l'angle de la plaie. Un surjet séro-séreux enfouit ce surjet total et transforme en un tube la gouttière gastrique. (Planche X).

Dans les cas où ces sujets seraient trop difficiles à exécuter dans la partie haute, il ne faudra pas insister et se contenter de faire, à la petite aiguille de Reverdin des points

séparés pour les deux places. Mais d'une façon ou de l'autre, il faudra soigner cette suture, surtout en haut, pour ne pas craindre des possibilités de désunion secondaire.

Ces divers temps terminés, un estomac rétréci dans sa largeur, c'est-à-dire en forme de boyau, est ainsi reconstitué, et nous retombons dans le cas des résections ordinaires.

VII. — RÉTABLISSEMENT DU TRANSIT INTESTINAL. — Si le duodénum est large et si la périoduodénite, fréquente nous l'avons vu, ne l'interdit pas, il sera suturé bout à bout avec le tube gastrique pour faire un Péan.

Si le duodénum ne s'y prête pas, on fera le Polya soit à anse courte — de préférence — soit à anse longue, trans-métocolique s'il se peut, sinon précolique. Dans le cas où l'on fait un Polya, il n'est jamais nécessaire de rétrécir la tranche de section de l'estomac ; il est possible de l'utiliser sur toute sa hauteur, la bouche ne sera pas trop large (Planches II, III).

VIII. — FERMETURE DE LA PAROI. — Un surjet de catgut sur le péritoine, des points aponévrotiques et des fils de bronze pour assurer une contention solide de la paroi, ce qui permet le lever précoce et évite l'éventration dans le cas de complications pulmonaires.

CHAPITRE IV

Avantages Anatomiques de la Technique décrite

Le chapitre précédent met en lumière l'intérêt que présente, au point de vue anatomique, la technique de la résection gastrique telle que nous l'avons décrite

1° Etant donné la situation de l'ulcus sur le tiers supérieur de l'estomac et souvent même au voisinage du cardia, il est essentiel d'avoir jour suffisamment sur cette région. Or, si la face postérieure de l'estomac est facilement accessible après ouverture de l'arrière cavité des épiploons par décollement colo-épiploïque ou dépouillement de la grande courbure, il n'en est pas de même de la grosse tubérosité et du cardia. Ce ne sont pas, en effet, les seules adhérences contractées par l'ulcère avec les organes voisins (foie, pancréas, et même duodénum), contrairement à ce qui se passe au cours de la gastro-pyloréctomie pour ulcère du tiers moyen, qui empêchent l'estomac d'être « amené », mais encore et surtout ses moyens de fixité naturels.

Le cardia ne peut pas être attiré par suite de la brièveté de l'œsophage abdominal et aussi de sa fragilité; la *grosse tubérosité* est maintenue par l'accolement des deux feuillets péritonéaux pariétal et viscéral à la partie supérieure de l'A. C. E., accolement transformé par des tractus fibreux en un véritable « ligament suspenseur de l'estomac » (Grégoire et Oberlin), absolument inextensible.

D'autre part, il ne faut pas oublier que la grosse tubérosité est masquée par le rebord costal et que, au pis-aller, on ne peut guère réséquer sans danger que la X^e côte et la IX^e cartilage. Encore s'agirait-il d'un gros délabrement.

L'anatomie montre donc bien la grande difficulté de la « gastrectomie haute », c'est-à-dire envisagée comme une section horizontale de l'estomac, passant très près du cardia, l'opérateur devant pratiquer des sutures délicates dans une région profondément située, avec, en outre, la barrière du rebord costal.

2° Alors que dans la gastrectomie haute la petite courbure est supprimée purement et simplement, un des temps importants de la « résection en gouttière » est constitué par la réfection de cette petite courbure qui a été excisée en même temps que l'ulcus. Deux avantages en découlent.

a) Suppression de l'innervation pneumogastrique de l'estomac et d'une partie de son innervation sympathique;

b) La configuration de la poche gastrique une fois cette suture terminée se rapproche beaucoup plus de celle de l'estomac normal que lors de la gastrectomie haute. Sa *section* est beaucoup plus réduite : elle est environ du diamètre du duodénum; sa *hauteur* est beaucoup plus grande. Et

ceci permet souvent un abouchement duodéno-gastrique (Péan) et, s'il s'agit d'une anastomose gastro-jéjunale (Pc-ly), une fixation de la brèche méso-colique aux parois gastriques.

On comprend ainsi la plus grande facilité d'exécution de la gastrectomie en gouttière : on opère en effet uniquement sur la petite courbure assez facilement accessible; on évite de tirer l'œsophage très fragile; on peut exécuter plus commodément les sutures, et l'on obtient ainsi une plus grande sécurité.

CHAPITRE V

Résultats

I. — SUITES IMMÉDIATES

Notre statistique, avons nous dit, comporte 44 cas d'ulcères hauts situés sur la petite courbure pour lesquels on a pratiqué la résection en gouttière. Nous avons eu 7 morts : observations 4, 10, 14, 21, 28, 34, 39. Ceci représente une mortalité immédiate de 15 p. 100. Elle reconnaît pour causes :

1° LE NON FONCTIONNEMENT DE LA COMMUNICATION GASTRO-JÉJUNALE, soit pour une cause non déterminée (atonie gastrique ?) comme chez le malade de l'observation 10, où on put constater directement la perméabilité de l'anastomose, soit par une cause mécanique (obs. 28) en l'espèce la rétraction de la brèche méso-colique.

2° DES COMPLICATIONS PULMONAIRES INFECTIEUSES.

Observation 14. — Il s'agissait d'un malade très affaibli, ayant maigri de trois kilos en quinze jours, ayant eu deux

syncopes successives au cours de son examen radiologique. Le malade mourut le seizième jour après l'opération, d'une congestion pleuro-pulmonaire bilatérale.

3° INFECTION.

Observation 34. — Péritonite consécutive à une désunion des sutures, survenue vraisemblablement par infection, le malade ayant subi, en même temps que la gastrectomie, l'ablation de la vésicule enflammée.

4° Trois morts (obs. 4, 21, 39), survenues chez trois malades porteurs de *deux ulcus*, l'un déuodénal, l'autre haut situé sur la petite courbure.

Il semble bien qu'il s'agisse là de cas spéciaux, d'une véritable « maladie ulcéreuse » diminuant considérablement la résistance des malades.

Or, avant d'utiliser la technique ci-dessus décrite, notre maître avait recours dans le même service de l'Hôpital Saint-Michel :

1° *Aux opérations conservatrices* : thermocautérisation, résection annulaire : 5 cas dont une mort et deux retouches. Dans les deux cas, on fut obligé de recourir en dernier lieu à la gastrectomie.

Mortalité : 20 p. 100.

2° *A la gastrectomie haute, totale ou sub-totale* : 23 cas dont six morts : mortalité 26 p. 100.

Le procédé de la résection en gouttière a donc abaissé la mortalité immédiate dans le traitement de l'ulcus gastrique haut situé de 26 à 15 p. 100 : près de la moitié.

Mais tous ces procédés comportent la destruction ou l'exérèse de l'ulcère. Que faut-il penser de la gastro-entérostomie pure et simple, appliquée au traitement des ulcus gastriques qui nous occupent ? Sa mortalité immédiate est évidemment beaucoup plus réduite; mais nous allons essayer de montrer les inconvénients et les dangers qu'elle présente.

Nous avons en effet rapporté l'observation d'un malade (obs. 36) ayant subi antérieurement une gastro-entérostomie simple, et porteur cependant de trois ulcus : un ulcus duodénal, un ulcus peptique et un ulcus géant de la petite courbure remontant très haut jusqu'au cardia et térébrant dans le foie. De même, le malade de l'observation 20 avait subi une gastro-entérostomie; mais surviennent trois hémorragies importantes, et on découvre un ulcère haut situé térébrant dans le pancréas.

Nombre d'auteurs, du reste, reconnaissent que le seul traitement vraiment efficace de l'ulcère gastrique est la gastrectomie.

E.-R. FLINT, de Leeds, préconise en 1920 la gastrectomie. Il dit que dans un très grand nombre de cas traités par la gastro-entérostomie l'ulcus persiste. Il ajoute que la G. E. ne prévient ni la transformation de l'ulcère, ni ses autres complications, hémorragies, perforation, sténose. Mais, dit-il, quand l'ulcère siège très haut sur la petite courbure, la gastro-entérostomie reprend ses droits.

Cet argument ne nous semble plus valable aujourd'hui

Pour EISELSBERG (de Vienne), si certains ulcères éloignés du pylore ont été améliorés par la gastro-pyloréctomie,

ils n'ont pas été modifiés anatomiquement, et les malades ne sont pas, de ce fait, à l'abri de leurs complications.

E. KLEIN signale que après le traitement des ulcères gastriques par la gastro-entérostomie pure et simple, on peut observer des *hémorragies* qui, dans 50 p. 100 des cas, sont dus probablement à l'ulcère non guéri; des perforations d'ulcères; sa dégénérescence cancéreuse; la persistance ou la récurrence des accidents gastriques. Il ajoute qu'il est illogique de comparer la mortalité opératoire de la gastrectomie et celle de la gastro-entérostomie, car la première est capable de guérir un certain nombre d'ulcères sur lesquels la G. E. n'a aucun effet curatif.

Cette dernière phrase s'applique remarquablement au sujet de notre travail, car on ne voit pas très bien l'effet curatif de la G. E. sur un ulcère haut situé en voie de perforation (obs. 34), ce dernier étant constamment balayé et irrité par les aliments et la sécrétion gastrique. Dans le cas cité, l'exérèse était bien une nécessité.

Plus récemment, OBERTHUR (Thèse Paris 1926), étudiant la gastrectomie dans les ulcères de l'estomac et du duodénum, préconise la gastro-pyloréctomie comme traitement de choix.

Enfin, tout dernièrement, E. DESMARET et G. DEBRAY, dans une étude portant sur 25 cas de gastro-pyloréctomie pour ulcères gastriques, concluent :

1° La gastro-pyloréctomie large guérit l'ulcère de l'estomac dans 90 p. 100 des cas.

2° Mettant ainsi le malade à l'abri de toutes les complications qui peuvent survenir au niveau d'un ulcère laissé en place, puisque elle l'enlève radicalement, et supprimant la

sécrétion de l'estomac dont le drainage rapide est assuré, elle est l'opération de choix dans les ulcères gastriques.

Donc il faut enlever l'ulcère, et l'enlever largement, dépasser nettement la zone malade : c'est la condition du succès.

II. — SUITES ÉLOIGNÉES.

Nous venons de voir quelles étaient les suites immédiates de nos opérés traités par la résection en gouttière. Comment se comportent-ils dans l'avenir ?

Nos malades ne partent pas sans subir un examen radioscopique de sortie, afin de vérifier l'anastomose gastro-jéjunale et la nature du transit qui se trouve, comme il faut s'y attendre, un peu accéléré. Malheureusement, nous n'avons pas toujours pu suivre tous nos malades, surtout ceux qui habitent la province. Nous avons reçu vingt-deux réponses à l'enquête que nous avons poursuivie chez nos opérés, dont le plus ancien remonte à 1923, soit six ans. Nous pouvons classer nos résultats en trois catégories :

Très bons : 17 cas.

Bons : 4 cas.

Médiocre : 1 cas.

Pour la plupart, ce sont des gens qui ont repris très rapidement une existence absolument normale, dépourvue de toute restriction, en particulier, absence complète de régime alimentaire spécial. Nous pensons avoir le droit de les considérer comme guéris.

Observations

OBSERVATION I

H... Vincent; 47 ans, journalier.

Antécédents. — Vient consulter le 23 octobre 1922 pour des troubles gastriques datant de trois ans. Crises douloureuses régulières survenant trois heures après les repas, le réveillant parfois la nuit vers 23 heures.

Deux hématémèses en août 1922.

Pas de vomissements alimentaires.

Constipation.

Amaigrissement de 2 kilos en deux mois.

Tubage :

A = 2.80.

H = 1.50.

Donc hyperacidité nette.

Rayon X. — Le malade ne veut pas s'y soumettre.

Néanmoins les examens clinique et chimique sont suffisants pour faire porter le diagnostic d'ulcus de la petite courbure, et le malade accepte l'opération qui lui est proposée.

Intervention. — Le 20 novembre 1922.

Anesthésie régionale. Incision en S

On trouve un *ulcère de la petite courbure, très étendu, adhérent au pancréas, et remontant très haut.*

On pratique alors les temps suivants :

a) Décollement colo-épiploïque et libération du pancréas qui est accolé au méso-colon par quelques brides;

b) Section du grand épiploon et libération de la grande courbure à la compresse. *L'ulcère s'étend jusqu'au duodénum et forme avec lui un bloc complet.*

c) Section du duodénum;

d) Section des adhérences entre l'ulcus et le pancréas;

e) Libération avec un tampon monté de la petite courbure : qui tient encore par suite de la rétraction de l'épiploon gastrophépatique;

f) Section de la coronaire et ligature;

g) Résection du moignon épiploïque;

h) Fermeture et enfouissement du duodénum.

La petite courbure n'ayant que 2 cm et la grande courbure ayant 18 à 20 cm, la résection de l'estomac est rendue impossible à cause de la rétraction de P. C. Voici comment on procède :

i) On taille la petite courbure immédiatement au delà de l'ulcus, puis on la ferme d'abord par points séparés, puis par une suture séro-séreuse sur tout le parcours, en montant de bas en haut;

j) L'estomac étant alors transformé en un simple boyau assez étroit, est coupé en travers;

k) Implantation précolique du moignon gastrique dans le jéjunum;

l) Jéjuno-jéjunostomie au bouton de Villar;

m) Fermeture de la paroi en deux plans.

L'examen histologique pratiqué par le Docteur Rubens-Duval montre qu'il s'agit d'un ulcère simple.

Suites immédiates. — Excellentes. Guérison. Sortie le 10 décembre 1922.

Le malade a été revu le 13 janvier 1923, soit un an après l'opération. Il était en parfaite santé et déclarait se trouver très bien.

L'examen du chimisme pratiqué comme nous l'avons dit donne les résultats suivants :

A = 1.

H = 0.

Donc plus aucune trace d'hyperacidité.

OBSERVATION II

M... Louise, 33 ans.

Opération le 25 janvier 1923.

Anesthésie régionale.

Ulcère de la petite courbure très haut placé.

Réséction en gouttière. Suture bout à bout du moignon gastrique et du duodénum à la Péan.

Suites immédiates. — Excellentes. La malade sort guérie de l'hôpital le 12 février.

Suites éloignées. — Nous n'avons pu avoir des nouvelles de cette malade.

OBSERVATION III

M... Henri, 48 ans, chef de gare.

Opération le 31 mai 1923.

Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcère juxta-cardiaque*, avec réaction scléreuse intense tout le long de la petite courbure. Adhérences sous-hépatiques.

On pratique :

1° La section transversale, après écrasement, de l'estomac à l'union de son 1/3 supérieur et de ses 2/3 inférieurs;

2° L'exérèse de l'ulcus, par une incision en ellipse qui intéresse les deux faces de l'estomac, rejoint en bas la première incision et passe en haut presque au ras du cardia;

3° Reconstitution de l'estomac sous forme d'un tube gastrique de 8 cm environ de hauteur;

4° Suture gastro-duodénale à la Péan.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Excellentes. Le malade sort guéri de l'hôpital le 20 juin 1923.

Suites éloignées. — Nous avons reçu en janvier 1929, six ans après l'opération, des nouvelles de cet opéré qui est en très bon état, mange et digère bien, ne suit aucun régime, et n'a pas cessé son travail qu'il a repris trois mois après sa sortie du service.

OBSERVATION IV

T... Ferdinand, 63 ans.

Opération le 25 octobre 1923.

On découvre deux ulcus : un *ulcus duodénal* et un *ulcus haut situé* sur la petite courbure.

Résection en gouttière. Gastro-entéro-anastomose suivant le procédé de Polya.

Suites opératoires. — Mort le 2 novembre.

OBSERVATION V

P.... Marie, 58 ans, domestique.

Antécédents. — Vient consulter le 26 novembre 1923 parce que, depuis environ un an, elle présente les troubles suivants :

Perte d'appétit, digestions pénibles, pyrosis.

Pendant une semaine, elle a ressenti pendant la nuit, vers 2 heures du matin, une douleur très violente au creux épigastrique. Il y a trois semaines, on a constaté un mœlena abondant. La malade est dans un état de dépression accusé. Son teint est jaune paille; elle a maigri de 6 kilos en neuf mois.

Prélèvement :

A = 1.90.

H = 0.30.

Rayons X. — Montrent un diverticule haut situé sur la petite courbure.

Opération le 27 novembre 1923.

Anesthésie régionale.

On découvre un *ulcère calleux* de la dimension d'une pièce de 1 fr., à 12 cm du pylore, sur le versant postérieur de la petite courbure; en outre, on voit un petit ulcère superficiel à 3 cm au-dessous. Le diverticule correspond à l'ulcère supérieur juxta-cardiaque. La zone avoisinant l'ulcère apparaît ecchymatique, avec de nombreuses petites érosions punctiformes non indurées.

Gastrectomie en gouttière en deux temps. Suture gastroduodénale à la Péan.

Suites immédiates. — Bonnes. La malade sort le 13 janvier 1924.

Suites éloignées. — La malade est revue le 15 février. On note une grande amélioration. L'examen chimique donne les chiffres : A=0,60. H= 0.

Le 19 juin 1925 on revoit encore la malade. Elle maigrit beaucoup, perd l'appétit.

Dans ce cas, signalons que l'examen histologique n'a pu être fait. On peut se demander s'il s'agit bien d'un simple ulcère, malgré les apparences macroscopiques.

OBSERVATION VI

L... Désiré, 34 ans, marinier.

Antécédents. — Vient consulter le 24 juin 1924 parce qu'il souffre de l'estomac depuis six ou sept ans. Il accuse des douleurs épigastriques survenant trois ou quatre heures après les repas, irradiées dans l'hypochondre droit. Il signale en outre quelques pituites matinales. Amaigrissement notable de 2 à 3 kilos en 15 jours.

Selles régulières et normales. Il aurait eu, il y a deux ans, une hématomèse abondante de sang rouge.

Prélèvement. — Il montre une augmentation de l'acidité gastrique :

A = 2.80.

H = 1.20.

Rayons X. — Montrent un diverticule à la partie moyenne de la petite courbure.

Opération le 21 juillet 1924.

Anesthésie régionale.

Ulcère calleux de la dimension d'une pièce de 1 franc, *haut situé*, sur le versant postérieur de la petite courbure.

Résection en gouttière. Polya transmésolique. Anse courte.

Suites immédiates. — Excellentes. — Le malade sort guéri le 5 août.

Suites éloignées. — L'opéré est revu en octobre. Il est en excellent état. L'examen radioscopique montre un très bon fonctionnement de la bouche, avec une évacuation rapide. L'examen chimique montre une très grande diminution de l'acidité : A = 0.70.

OBSERVATION VII

G... Louis, 60 ans, cordonnier.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis quatre ou cinq ans. Il ressent, dit-il, des crampes deux à trois heures après les repas. Ces douleurs sont calmées par les alcalins, mais elles se reproduisent la nuit.

Quelques renvois acides.

amaigrissement de 5 à 6 kilos en quatre ans.

Prélèvement. — Montre une hyperacidité accentuée :

A = 3.70.

H = 2.50.

Rayons X. — Ne montrent rien de particulier. Pas de stase, pas d'hypersécrétion; la motilité spontanée provoquée est bonne.

Opération le 30 juin 1924.

Anesthésie régionale.

Petit ulcère haut situé sur la petite courbure.

On pratique la résection en gouttière avec une anastomose à la Polya. Comme l'anse est longue, on complète par une jéjuno-jéjunostomie au fil.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Excellentes. Le malade sort guéri le 16 juillet. A cette date, les R. X montrent une surprise très abondante puis un fonctionnement normal de la bouche.

Il nous a écrit récemment (janvier 1929) qu'il se trouvait bien et que son état général était excellent.

OBSERVATION VIII

V... Berthe, 60 ans.

Vient consulter le 11 octobre 1924.

Elle souffre de l'estomac depuis sa jeunesse, mais son état s'est aggravé depuis cinq ans. Elle accuse : une douleur épigastrique très vive une heure et demie après les repas, persistant environ deux heures et cessant spontanément.

Cette longue période a été coupée d'accalmies de plusieurs mois.

Actuellement, ses douleurs persistent; elle a des renvois acides et des vomissements. Il y a quinze jours, elle a eu une hématomèse. L'appétit reste bon, malgré cela, mais elle a maigri de 15 kilos en cinq ans.

Prélèvement. — Hyperacidité nette :

A = 2.10.

H = 0.90..

Rayons X. — Gros diverticule, haut situé sur la petite courbure, au milieu d'une zone importante très dure. Transformation probable.

Diagnostic médical. — Ulcus de la petite courbure.

Opération le 20 novembre 1924.

Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — *Ulcère de la petite courbure haut située et térébrant dans le pancréas.*

Résection en gouttière, anastomose gastro-duodénale à la Péan.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Excellentes. La malade sort guérie le 19 décembre 1924.

Suites éloignées. — Un examen R. X pratiqué le 26 février 1926 montre un fonctionnement parfait.

Nous avons reçu, il y a deux mois, d'excellentes nouvelles de cette malade qui nous écrit que l'opération lui a donné une satisfaction absolue qu'elle ne prend aucun médicament, ne suit pas de régime et se porte admirablement.

OBSERVATION IX

L.... Marguerite, 48 ns.

Vient consulter le 5 janvier 1925.

Antécédents. — Elle souffre de l'estomac depuis 26 ans, mais son état s'est aggravé depuis deux mois. Elle accuse des douleurs très vives au creux épigastrique, deux heures après les repas, calmées par la belladone. Elle souffre aussi la nuit. Depuis quatre ans, elle a fortement maigri.

Prélèvement. — Acidité presque normale :

A = 1.90.

H = 0.90.

Rayons X. — Montrent une image diverticulaire de la petite courbure.

Diagnostic médical. — Ulcus de la petite courbure.

Opération le 8 janvier 1925.

Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — Ulcus térébrant de la petite courbure.

Réséction en gouttière. Gastro entéro-anastomose à la Polya, trausméracolique, anse courte.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Bonnes. La malade sort guérie le 27 janvier.

Suites éloignées. — Un an après l'intervention, l'examen du suc gastrique donnait les résultats suivants :

$A = 0.90.$

$H = 0.$

A la radio on constatait une évacuation gastrique un peu retardée.

Nous avons reçu il y a quelque temps des nouvelles de cette malade qui se plaint d'être « très nerveuse », mais qui n'accuse aucun trouble gastrique net.

OBSERVATION X

F... Mélanie, 54 ans.

Vient consulter le 29 janvier 1925.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis son enfance. Etat aggravé depuis cinq ans.

Elle ressent des douleurs épigastriques très vives à jeun; elles irradient dans le dos, et sont calmées par l'absorption d'alcalins et des aliments.

Vomissements intermittants.

Deux hématémèses, dont la dernière remonte à un mois et demi. Hoelena.

Prélèvement. — Hyperacidité légère :

A=2.00.

H=1.00.

Rayons X. — Montrent un remplissage et une évacuation normaux, une motilité spontanée et provoquée bonne, enfin une légère hypersécrétion.

Diagnostic médical. — Ulcus certain; le plus probable est un ulcus de la petite courbure juxta-pylorique.

Opération le 9 février 1925.

Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — Deux ulcus, l'un duodénal, l'autre gastrique haut situé.

On pratique la résection en gouttière et on termine par une G. E. trausmésocolique à la Polya avec anse courte. Pas de fixation du méso-côlon transverse aux parois gastriques.

Le 12 février 1925, on est obligé d'intervenir de nouveau pour mauvais fonctionnement de l'anastomose gastro-intestinale. Anesthésie à l'éther. On pratique une gastro-entérostomie à côté de l'ancienne bouche, et on fixe le méso-côlon transverse à l'estomac.

à l'estomac.

Diagnostic histologique. — Ulcères simples.

Suites opératoires. — Mort le 23 février.

OBSERVATION XI

D... Michel, 47 ans.

Vient consulter le 5 mars 1925.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis environ douze ans au cours desquels on relève des périodes de crises coupées d'accalmies. Douleur au creux épigastrique deux heures après les repas. Pas de vomissements. L'appétit est conservé, et le malade va à la selle régulièrement. Pas de mœlena.

Prélèvement. — Grosse hyperacidité : A=3,5. H=2.

Rayons X. — On remarque une ébauche de biloculation et un petit diverticule à la partie supérieure.

Diagnostic médical. — On conclut à un ulcus.

Opération le 22 mars 1925.

Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — *Ulcus haut situé sur la petite courbure et ulcus duodénal.*

Résection en gouttière. Polya transmésocolique à anse courte.

Diagnostic histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Le malade eut de nombreuses petites embolies à la base droite, mais il est à noter qu'il avait déjà de l'emphysème et une bronchite ancienne.

Le malade sort guéri le 23 avril.

Suites éloignées. — Le malade a été revu en 1926, un an et demi après l'intervention. Etat général excellent; fonctionnement gastrique parfait.

OBSERVATION XII

B... Alfred, 49 ans. Nous ne possédons que le

Diagnostic chirurgical. — Ulcère haut situé sur la petite courbure, et

l'examen histologique. — Ulcère simple.

Opération le 23 avril 1925. Anesthésie régionale.

Résection en gouttière. Polya anse courte transmésocolique

Suites opératoires. — Excellentes. Le malade sort guéri le 8 mai.

OBSERVATION XIII

B... Gaston, 49 ans.

Opération le 30 novembre 1925. Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure remontant assez haut, et térébrant dans le pancréas.

L'ulcère est cartilagineux et on pense qu'il y a dégénérescence épithéliomateuse.

Résection en gouttière. Polya. Impossibilité de fixer le méso-côlon transverse à l'estomac.

Diagnostic histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — Guérison. Sorti le 15 décembre 1925.

OBSERVATION XIV

B... René, 33 ans. — Vient consulter le 29 octobre 1925.

Antécédents. — Début remonte à six mois, et le malade dit que pendant ce temps il s'est senti bien portant et s'est cru guéri pendant plus d'un mois.

Il accuse des douleurs vives au creux épigastrique, survenant une heure après le repas. Il existe continuellement une douleur sourde.

Vomissements alimentaires il y a quinze jours, dans lesquels on ne décèle pas de sang.

Peu d'appétit, amaigrissement de 3 kilos en quinze jours, grande fatigue. Le malade a plusieurs syncopes, ce qui rend l'examen radiologique impossible, malgré son vif désir de s'y soumettre.

Prélèvement. — Il existe une hyperacidité nette : $A=2.90$, $H=1.90$.

Diagnostic médical. — On pense à un ulcus gastrique.

Opération le 9 novembre 1925.

Diagnostic chirurgical. — Très gros ulcus de la petite courbure haut situé.

Résection en gouttière. Polya.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — On constate rapidement l'existence

d'une congestion pleuro-pulmonaire bi-latérale. Le malade meurt le 25 novembre.

OBSERVATION XV

T... Albert, 47 ans.

Rayons X. — Diverticule de la petite courbure.

Opération le 28 décembre 1925. Rachianesition insuffisante. Ether.

Diagnostic chirurgical. — *Ulcus du tiers supérieur de la petite courbure.*

Réséction en gouttière. Polya, anse courte. La brèche mésocolique n'est pas fixée à l'estomac.

Le 8 janvier 1926, on intervient de nouveau pour mauvais fonctionnement de la bouche gastrique. Anesthésie à l'éther

On pratique une gastro-entérostomie précolique à anse longue et on complète par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Bonnes. Le malade sort le 13 février 1926.

Suites éloignées. — Nous avons reçu récemment des nouvelles du malade qui est en parfaite santé.

OBSERVATION XVI

B... Joséphine, 52 ans, vient consulter le 19 février 1926.

Antécédents. — La malade fait remonter le début de son affection à huit mois environ. Elle se plaint de brûlures à l'épigastre survenant deux heures après les repas, et soulagées par l'absorption des aliments.

Prélèvement. — Donnés les résultats suivants :

A = 1.50. H = 0.80.

Rayons X. — Montrent un gros diverticule au tiers supérieur de la petite courbure.

Diagnostic médical. — Ulcus haut situé de la petite courbure.

Opération le 8 mars 1926. Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — Ulcère haut situé sur la petite courbure.

Réssection en gouttière. G. E. Polya anse courte.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — Bonnes. La malade sort guérie le 25 mars.

Suites éloignées. — Nous avons pu avoir, il y a un mois, des nouvelles de cette malade qui est en parfaite santé. Elle ne suit aucun régime alimentaire et n'a pas cessé de travailler après une convalescence de deux mois à peine.

OBSERVATION XVII

L... Jean, 55 ans, dentiste. Vient consulter le 12 mars 1926.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis 25 ans. Les douleurs surviennent par crises, coupées d'accalmies. Mais son état s'est aggravé depuis huit mois. Actuellement, il se plaint de tiraillements violents et de brûlures dans la région épigastrique. Les douleurs surviennent deux heures après le repas, et le malade les calme en buvant du lait. De plus, il a de petits vomissements irréguliers, et il a eu, en 1900, une hématomatémèse coïncidant avec la première période de crises douloureuses. Nouvelle hématomatémèse en 1907. Puis période de calme de deux à trois ans, à laquelle font suite des crises durant quinze à vingt jours. La dernière période d'accalmie a duré environ un an.

Prélèvement. — Montre une acidité marquée : $A = 2.40$. $H = 1.70$.

Rayons X. — Petite niche sur petite courbure.

Diagnostic médical. — Ulcus gastrique probable.

Opération le 15 mars 1926. Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — Ulcère haut situé sur la petite courbure.

Résection en gouttière. L'estomac est transformé en un tube : « c'est l'œsophage qui se continue ». Pour la suture gastro-duodénale à la manière de Péan, les sections gastriques et duodénales de calibre différents sont régularisées en faisant un point de Connel du côté du duodéal, et un point simple du côté gastrique, car l'estomac est un peu plus petit que le duodénum.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites immédiates. — Bonnes. Le malade sort guéri le 1^{er} avril.

Suites éloignées. — Nous avons reçu, il y a un mois, d'excellentes nouvelles de ce malade.

OBSERVATION XVIII

S... Albert, 40 ans. Vient consulter le 8 mars 1926.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis quatorze ans. Le malade accuse une douleur sourde, parfois vive, au siège épigastrique, irradiant à l'hypochondre gauche. Cette douleur survient avec une remarquable régularité trois heures après les repas; elle est calmée par les aliments. Il a eu quelques vomissements alimentaires il y a deux ans. Pas d'hématémèse ni de mœlena. L'appétit est bon, néanmoins le malade est un peu amaigri.

Prélèvement. — Pas d'hyperacidité : $H=1.90$. $A=0.20$.

Rayons X. — Sur la petite courbure, vers la face postérieure, diverticule très difficile à voir.

Diagnostic médical. — Très grande probabilité de petit ulcus térébrant.

Opération le 25 mars 1926. Anesthésie régionale. Un peu de chlorure d'éthyle.

Diagnostic chirurgical. — *Ulcère de la petite courbure, térébrant dans le pancréas, et très haut placé, près du cardia.*

L'ulcère est si difficile à atteindre qu'une incision transversale est nécessaire.

Résection en gouttière. G. S. postérieure transmésocolique suivant Polya.

Suites opératoires. — Bonnes. Le malade sort guéri.

OBSERVATION XIX

S.... Henri, 39 ans, bucheron. Vient consulter le 3 mai 1926.

Antécédents. — Souffre de l'estomac depuis l'âge de 17 ans. A des périodes douloureuses séparées par des accalmies. Ce malade accuse une douleur violente à l'épigastre, survenant trois ou quatre heures après les repas, et soulagée par le bismuth. Pas d'hématémèse ni de mœlena, mais a eu, en 1925, pendant cinq des vomissements.

Prélèvement. — Hyperacidité marqué : A = 2.60. H = 1.80.

Rayons X. — Diverticule de la petite courbure et spasme de tout l'autre pylorique.

Diagnostic médical. — Ulcus de la petite courbure.

Opération le 31 mai 1926. Anesthésie régionale.

Diagnostic chirurgical. — *Ulcus de la petite courbure haut situé.*

Résection en gouttière. L'estomac est réduit à un boyau et est suturé bout à bout au duodénum suivant la technique de Péan.

Suites opératoires. — Bonnes. Le malade sort guéri le 15 juin.

Rayons X. — Petit estomac fonctionnant parfaitement.

OBSERVATION XX

D..., 54 ans.

Antécédents. — Ce malade a été opéré en juillet 1914 dans un autre service pour ulcère duodénal; on a pratiqué une gastro-entérostomie. Cette anastomose a très bien fonctionné pendant longtemps. Mais il y a deux ans surviennent deux hématémèses, puis une nouvelle il y a quelques mois.

Opération le 14 juin 1926. Anesthésie régionale.

Incision ombilico-xyphoïdienne. On constate que la bouche de gastro-entérostomie ne présente rien d'anormal et que le duodénum est perméable : il conserve simplement une tache blanche, souple, qui est très certainement la cicatrice de l'ulcère.

Au niveau du tiers supérieur de la petite courbure, on reconnaît un ulcus térébrant dans le pancréas.

On pratique les manœuvres suivantes :

Dépouillement de la grande courbure. Libération de la gastro-entérostomie séparée du méso-côlon transverse. Section du duodénum. Section de l'anse jéjunale au ras de l'anastomose, entre quatre pinces de Kocher. Suture bout à bout de l'anse jéjunale.

Recherche et libération de l'ulcus térébrant dans le pancréas (queue) et tout près de la rate.

Réssection en gouttière. Implantation du moignon gastrique dans le jéjunum en aval de l'ancienne anastomose. Fixation à l'estomac de l'ancienne brèche mésocolique.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — Bonnes. Le malade sort le 2 juillet. Il nous a écrit il y a deux mois et déclare se porter admirablement.

OBSERVATION XXI

V... Paul, 65 ans, maçon. Vient consulter le 16 avril 1926

Antécédents. — On note chez ce malade des crises de coli-

ques hépatiques à l'âge de 24 ans. A 50 ans, il souffre de l'estomac pendant quelques mois : douleurs vagues, digestions difficiles. Puis accalmie de dix ans. Nouvelle période douloureuse datant de quatre mois. Au moment où il vient consulter il accuse des tiraillements douloureux à l'épigastre, survenant une heure après le repas, soulagés par l'ingestion de boissons chaudes. En outre il a souvent des renvois acides le matin.

Prélèvement. — $A=1.70$. $H=0.80$. C'est là un chimisme bien voisin de la normale.

Rayons X. — Un premier examen montre une image anormale de la petite courbure, qui paraît bien être un gros diverticule. L'existence de ce diverticule est confirmée par un second examen à huit jours d'intervalle.

Diagnostic médical. — Ulcère térébrant petite courbure.

Opération le 17 juin 1926. Anesthésie régionale.

On s'attend à trouver un ulcère dégénéré. On trouve d'abord un *ulcère duodénal* cicatrisé légèrement sténosant; puis à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs un *ulcus de la petite courbure térébrant dans le pancréas*.

Section du duodénum dans le pancréas. Suture du duodénum très hermétique avec plastré épiploïque. Résection en gouttière. Polya.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — Mort le 19 juin.

OBSERVATION XXII

R... Henri, 43 ans, menuisier.

Opération le 28 juin 1926. On découvre *deux ulcères*, l'un sur la première portion du duodénum, l'autre *haut situé* sur la petite courbure.

Section du duodénum au ras du pancréas; fermeture difficile. Résection en gouttière. Polya anse courte.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — Bonnes. Le malade sort guéri le 13 juillet.

Il y a deux mois, nous avons reçu de ses nouvelles. Il a repris son travail après une convalescence de trois mois. Depuis cette époque, il déclare se trouver en parfaite santé.

OBSERVATION XXIII

C.... Fernand, 40 ans.

Les antécédents de ce malade nous manquent.

Prélèvement. — $H=2.55$. $A=1.46$.

Rayons X. — Estomac d'apparence radioscopique et de fonctionnement normaux. Sensibilité sous-hépatique et point douloureux vésiculaire.

Opération le 16 septembre 1926. On trouve un *ulcère haut situé sur la petite courbure*. Résection en gouttière de la plus grande partie de l'estomac. Moignon gastrique très petit. Anastomose gastro-jéjunale à la Polya, anse courte.

Suites opératoires. — Bonnes. Le malade sort le 2 octobre.

Un examen radioscopique effectué après l'opération montre un petit estomac fonctionnant parfaitement. Il y a deux mois, ce malade nous a écrit qu'il se portait très bien.

OBSERVATION XXIV

M... Alfred, 52 ans. Vient consulter le 2 décembre 1926.

Souffre de l'estomac depuis dix mois : tiraillements et crampes trois à quatre heures après les repas, soulagés par l'absorption de bismuth. Amaigrissement notable : 4 kilos en deux mois.

Prélèvement. — Grosse hyperacidité : $A=3.50$. $H=2.50$.

Rayons X. — Estomac hypertonique. Déformation constante

de la portion haute de la petite courbure en diverticule. Douleur à ce niveau.

Opération le 7 février 1927. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcus juxta cardiaque* pour lequel on pratique une résection en gouttière.

Suites opératoires. — Bonnes. Le malade sort le 5 mars 1927

Actuellement il se porte très bien et a engraisé de 13 kilos en un an.

OBSERVATION XXV

M... Angéline, 56 ans. Vient consulter le 31 janvier 1927 parce qu'il y a cinq semaines elle a eu une violente hémartémèse. Elle fait remonter à environ dix ans le début de ses troubles gastriques.

Actuellement elle accuse une douleur à l'épigastre trois ou quatre heures après les repas, et elle prétend souffrir davantage pendant la nuit.

Opération le 14 février 1927. Anesthésie régionale.

On découvre trois ulcus : *première portion du duodénum, prépylorique à 3-4 cm du premier, petite courbure haut situé.*

On pratique une résection en gouttière qui englobe naturellement les trois ulcus. Polya.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sortie le 4 mars.

Rayons X. — Estomac fonctionne normalement.

Actuellement la malade se trouve très bien et elle a engraisé de 6 kilos.

OBSERVATION XXIV

B... Paul, 34 ans, chauffeur d'automobile.

Vient consulter le 21 février 1927. Il souffre de l'estomac de-

puis un an avec aggravation depuis trois semaines. Il accuse des crampes d'estomac trois ou quatre heures après les repas; il est soulagé par les aliments. En outre nombreux renvois acides et gazeux.

Prélèvement. — $A=1.60$. $H=0.60$. Chimisme normal.

Rayons X. — Petit diverticule de la petite courbure.

On pense à un ulcère térébrant de la petite courbure.

Opération le 7 mars 1927. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcère très haut situé sur P. C.*

Résection en gouttière. L'estomac forme un tube de 5 cm. de diamètre. Polya aussi courte.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Le malade sort le 25 mars.

Nous avons pu avoir de ses nouvelles il y peu de temps. Il est en parfaite santé, ne ressent aucun malaise gastrique bien qu'il ne suive pas de régime alimentaire spécial.

OBSERVATION XXVII

D... Alfred, 60 ans.

Vient consulter le 17 février 1927.

Les troubles gastriques ont commencé il y a quinze ans, mais ils sont devenus plus intenses depuis trois mois. Le malade accuse des crampes, une sensation de torsion et des douleurs vives au creux épigastrique, survenant à heure fixe : 11 heures et 16 heures, et même la nuit. L'absorption des aliments soulage le malade. Vomissements fréquents.

Prélèvement. — $A=3.00$. $H=1.90$. Forte hyperacidité.

Opération le 14 mars 1927. Anesthésie régionale.

Il s'agit d'un *ulcère térébrant de la petite courbure haut situé* pour lequel on pratique une résection en gouttière des trois quarts de l'estomac. Polya anse courte.

L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 29 mars.

OBSERVATION XXVIII

M... Maurice, 41 ans. Vient consulter le 28 janvier 1927 pour une hématomèse survenue la veille. Le début des troubles gastriques remonte à 15 ans, qui survenaient par périodes. Depuis deux mois il y avait aggravation des symptômes. Les douleurs épigastriques sont violentes à jeun et une heure et demie après les repas. Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments.

Prélèvement. — $A=1.90$. $H=1.10$.

Rayons X. — Petite niche haut située sur le tiers supérieur de la petite courbure.

On pense à un ulcus térébrant de la petite courbure.

Opération le 21 mars 1927. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcus térébrant de la petite courbure haut situé*.

Résection en gouttière des deux tiers de l'estomac.

Le méso-côlon transverse est très gros.

L'examen histologique montre un ulcère simple.

Dans les jours qui suivent, le malade présente des vomissements incoercibles, du ballonnement, du hoquet.

Une deuxième intervention est décidée et a lieu le 28 mars, sous-anesthésie au protoxyde d'azote.

On défait la gastro-entérostomie et on agrandit la brèche mésocolique qui s'est rétractée. On augmente le diamètre de la G. E.

Mort le soir même.

OBSERVATION XXIX

G.... Jeanne, 47 ans. Vient consulter le 29 avril 1927.

Malade dont les troubles gastriques remontent à vingt ans. Pendant cette longue période, il y a eu de nombreuses accalmies. Mais depuis trois mois, la malade se plaint de crampes et de brûlures dans l'hypochondre gauche, survenant trois heures après les repas. Elle a eu de fréquents vomissements alimentaires et une hématomèse très abondante il y a trois semaines.

Prélèvement. — $A=1.60$. $H=0.80$.

Rayons X. — Biloculation gastrique.

Opération le 23 mai 1927. On trouve en effet un estomac biloculaire par vieil ulcus situé sur la poche inférieure près de l'étranglement. *Un autre ulcus en activité est situé très haut sur la petite courbure.*

Résection en gouttière des trois cinquièmes de l'estomac. Suture gastro-duodénale bout à bout.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sortie le 8 juin.

Nous avons pu avoir des nouvelles de cette malade qui est en excellente santé.

OBSERVATION XXX

B..., 65 ans.

Opération le 15 juin 1927. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcère très haut situé, juxta-cardiaque*, pour lequel on pratique une résection en gouttière. Anastomose gastro-duodénale bout à bout.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sortie le 30 juin.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 30 juin.

Ce malade nous a écrit récemment et nous déclare qu'il se porte parfaitement bien.

OBSERVATION XXXI

S... Jean, 54 ans. Vient consulter le 14 septembre 1927 pour des troubles gastriques dont le début remonte à 16 ans. Il n'a pas souffert continuellement pendant ces seize années. Il présentait seulement un état dyspeptique à peu près constant, auquel se surajoutaient des crises douloureuses. Mais depuis un an, il souffre davantage : douleurs péri-ombilicales, sensation de torsion de l'estomac, survenant régulièrement trois heures après chaque repas. Il y a six mois, hématomèse légère puis mœlena pendant un mois.

Prélèvement. — $A=1.80$. $H=0.90$.

Rayons X. — Remplissage normal, bonne motilité, évacuation rapide.

On pense à un ulcus duodénal presque certain ayant produit une hématomèse et du mœlena à plusieurs reprises.

Opération le 10 octobre 1927. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcus haut situé sur la petite courbure*, mais rien au duodénum.

Réssection en gouttière. Polya anse courte.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 27 octobre.

Actuellement le malade est en excellente santé; le fonctionnement gastrique est parfait.

OBSERVATION XXXII

R... Adèle, 50 ans.

Opération le 20 octobre 1927. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcère gastrique haut situé sur P. C.*

Réssection en gouttière. Polya anse courte.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sortie le 8 novembre.

Nous avons eu, il y a un mois, des nouvelles de la malade. Sa convalescence n'a pas dépassé un mois; elle n'a suivi au-

cun régime et se trouve très bien. Appétit et digestions excellents.

OBSERVATION XXXIII

R... Albert, 49 ans, employé de commerce. Vient consulter le 23 janvier 1928. Depuis deux mois et demi, il ressent des brûlures épigastriques survenant immédiatement après les repas. Le malade est assez amaigri.

Prélèvement. — $A=2.00$. $H=1.20$.

Rayons X. — Diverticule développé sur la petite courbure, à la partie moyenne de l'estomac. La P. C. est diminuée de souplesse en aval du diverticule. Dilatation du bas fond gastrique.

On pense à un ulcus térébrant de la petite courbure.

Opération le 23 janvier 1928. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcus gastrique très haut situé, térébrant dans le pancréas*. Résection en gouttière. Polya anse courte.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 15 février.

Nous avons reçu il y a un mois d'excellentes nouvelles de ce malade, qui se trouve très bien et dont l'estomac fonctionne, dit-il, parfaitement.

OBSERVATION XXXIV

B... de B... René, 38 ans. Vient consulter le 20 février 1928 parce que depuis un an il ressent des douleurs vives à l'épigastre, douleurs constantes mais dont l'intensité s'augmente trois heures après les repas; elles sont soulagées par l'ingestion d'aliments. Il accuse en outre des renvois acides. Il a maigri de 23 kilos en huit mois.

L'examen du chimisme donne les chiffres suivants : $A=2.30$ $H=1.60$. Donc hyperacidité nette.

L'examen radiologique montre une image diverticulaire sur la petite courbure, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'un néo ou d'un ulcus. Il y a de plus une hypersécrétion abondante.

Opération le 19 mars 1928. Anesthésie régionale.

On trouve sur la petite courbure, haut situé, un *ulcère en voie de perforation*. Il existe une périoduodénite très marquée. On libère les adhérences qui lui sont dues.

Réséction de l'estomac en gouttière. Réfection de la petite courbure : l'estomac est réduit à un véritable canal. Suture gastro-duodénale bout à bout.

Au cours de l'intervention on a constaté l'existence d'une vésiculité : on enlève la vésicule.

Drainage : un drain dans le sac vésiculaire, un autre dans le bassin par contre-ouverture à la fosse iliaque droite.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Suites opératoires. — Mort le 28 mars de péritonite.

OBSERVATION XXXV

B... Eulalie, 46 ans.

L'examen radiologique — le seul que nous possédons — montre l'existence d'un diverticule de la petite courbure.

Opération le 3 mai 1928. Anesthésie régionale. Quelques bouffées d'éther au cours de l'intervention.

Il s'agit d'un *ulcus haut situé sur P. C.*

Réséction en gouttière. Polya

Examen histologique. — Ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sortie le 25 mai.

La malade nous a écrit récemment; elle déclare se trouver très bien; son estomac fonctionne parfaitement.

OBSERVATION XXXVI

R... Désiré, 57 ans.

Le début des troubles gastriques remonte à un an. Le malade se plaint de douleurs violentes à l'épigastre survenant deux heures après les repas. A noter que le malade a été opéré à la Charité en 1918 pour une affection gastrique qu'il dit être un cancer. Ce qui est certain, c'est qu'on a pratiqué à cette époque une gastro-entérostomie.

L'examen du chimisme montre une acidité fortement diminuée : $A=0.90$. $H=0$.

A l'*examen radiologique*, on découvre un « énorme diverticule de la petite courbure qui semble être une perforation. Il s'agit probablement d'un gros ulcus calleux pris antérieurement pour un néoplasme, pour lequel on a fait une gastro-entérostomie simple.

On pense malgré tout à une récurrence, bien que les dix années qui se sont écoulées depuis cette intervention rendent douteux le premier diagnostic.

Opération le 7 mai 1928. Anesthésie régionale.

On découvre trois ulcus :

Un ulcus peptique,

Un ulcus duodénal,

Un ulcus géant de la petite courbure, remontant jusqu'au cardia, et térébrant dans le foie sur une hauteur de 8 cm.

On supprime tout d'abord l'ancienne gastro-entérostomie et on libère de nombreuses adhérences le long du jéjunum pour lui rendre sa perméabilité.

Le duodénum rétréci est sectionné au dessous du rétrécissement.

L'ulcère térébrant dans le foie suppure.

On pratique une résection en gouttière et on fait une anastomose précolique à la Polya.

Drainage par drain et lance de caoutchouc.

Examen histologique. — Il s'agit d'un ulcère simple avec grosse réaction inflammatoire simulant une limite.

Suites opératoires. — Excellentes. Guérison. Sorti le 22 mai.

OBSERVATION XXXVII

T... Joseph, 48 ans. Vient consulter le 27 janvier 1927.

Le début des troubles gastriques remonte à trois ans. Son état s'est aggravé depuis trois semaines, et le malade accuse des douleurs vives épigastriques à irradiations dorsales, survenant deux à trois heures après les repas et cessant spontanément. Pas de vomissements; quelques renvois acides. Appétit bon; cependant amaigrissement de 3 kilos en trois semaines.

L'examen du chimisme montre une hyperacidité nette : $A=2.50$. $H=1.40$.

L'examen radiologique montre une hyperacidité et de la sensibilité au plexus aortique.

Opération le 31 mai 1928. On trouve un ulcère siégeant à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de l'estomac. Résection en gouttière. Anastomose gastro-duodénale bout à bout.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 18 juin 1928.

Nous avons eu il y a peu de temps des nouvelles de ce malade. Il a repris son travail d'ajusteur 45 jours après sa sortie de l'hôpital. Il ne suit aucun régime spécial, ne prend pas de médicaments, est en parfaite santé et se déclare absolument enchanté de l'opération qui a fait de lui, dit-il, un autre homme.

OBSERVATIONS XXXVIII

D... Lucien, 51 ans. Vient consulter le 5 mars 1928.

Souffre de l'estomac par intermittence depuis dix ans. Actuellement, dit qu'il y a recrudescence depuis un an et accuse des douleurs de type vague à siège épigastrique, à horaire fixe trois à quatre heures après les repas. Elles sont soulagées par l'alimentation.

L'examen du chimisme montre une hyperacidité nette. $A=2.70$. $H=1.70$.

L'examen radiologique décèle une hypersécrétion abondante et un diverticule du tiers supérieur de la petite courbure.

On porte le diagnostic d'ulcus térébrant de la petite courbure.

Opération le 18 juin 1928.

Ulcère très haut situé sur la petite courbure, pour lequel on fait une résection en gouttière. Polya anse courte.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 3 juillet.

Ce malade nous a écrit il y a un mois. Il a repris ses occupations (représentant de commerce) trois mois après l'opération. Depuis cette époque, son poids s'est augmenté de 11 kilos; il boit et mange sans aucune restriction et ne ressent aucun malaise.

OBSERVATION XXXIX

D... Rémy, 60 ans, charretier. Vient consulter le 3 mars 1928.

Il souffre de l'estomac depuis un an, avec aggravation depuis six mois. Il accuse des brûlures à l'épigastre une heure après le repas. Vomissements très fréquents.

Le chimisme est normal : $A=1.80$. $H=0.50$.

L'examen radiologique montre une évacuation rapide au

début par surprise, puis arrêt complet. Hypersécrétion assez abondante. Douleur dans la région pylorique.

On pense à un ulcus duodénal, et on institue un traitement médical. Mais la sténose s'accroît et le malade entre dans le service.

Opération le 28 juin 1928. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcus duodénal* avec une grosse réaction inflammatoire, et un *second haut situé sur la petite courbure*.

Examen histologique. — Ulcère simple.

Réssection duodénogastrique en gouttière. Polya.

Le 5 juillet, nouvelle intervention pour non fonctionnement de l'anastomose. On pratique une G. E. antérieure précolique avec un jéuno-jéjunostomie au bouton.

Mort le 7 juillet.

OBSERVATION XL

B... Marie-Louise, 54 ans. Vient consulter le 14 décembre 1928, parce qu'elle souffre de l'estomac depuis des années au cours desquelles elle a eu des crises très pénibles, mais séparées par des accalmies amenant une cessation complète de tous les symptômes.

Actuellement, elle accuse des douleurs tardives, assez vagues; des régurgitations, mais pas de vomissements.

Le chimisme montre une très légère augmentation de l'acidité : $A=2$.

L'examen radiologique décèle un petit diverticule du tiers supérieur de la petite courbure.

On porte le diagnostic d'ulcus haut situé.

Opération le 2 janvier 1929. On trouve un *ulcus de la petite courbure, haut placé et adhérent au pancréas*.

Réssection en gouttière.

Suites opératoires. — Bonnes. La malade sort guérie le 23 janvier.

OBSERVATION XLI

Mme L..., 67 ans.

Le début de l'affection est récent et remonte à quelques semaines à peine.

La malade présente un état général très déficient et accuse un amaigrissement de 20 kilos.

Elle se plaint surtout de nausées sans vomissements. L'interrogatoire révèle un dégoût marqué pour les viandes.

L'examen radiologique ne montre rien à l'estomac; il y a de la sensibilité sous-hépatique et comme la malade a eu un ictère à 22 ans, on pense à la vésicule.

Toutefois l'examen du suc gastrique révèle une très forte acidité : A=3.00. H=2.00. Il y a un peu de sang à jeun, et une évacuation retardée.

L'examen clinique seul ferait plutôt penser à un néoplasme.

Opération le 11 janvier 1929. Anesthésie régionale.

On trouve un *ulcus haut situé* pour lequel on pratique une résection en gouttière.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère simple.

Bonnes suites opératoires. Guérison.

OBSERVATION XLII

Mme L..., 54 ans.

Dyspepsie chronique depuis dix ans. Actuellement : pas de vomissements, mais hyperchlorhydrie; mœlena avec syncope. Amaigrissement de 10 kilos en un an.

Opération le 31 juillet 1928. Elle est effectuée presque d'urgence après une hémorragie abondante (mœlena), de telle sorte qu'on n'a pas pu faire de prélèvement gastrique.

On trouve un *petit ulcus haut situé sur P. C.*

Résection en gouttière.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un simple ulcus
Suites opératoires. — Excellentes. Guérison.

OBSERVATION XLIII

V... Charles, 57 ans.

Opération le 1^{er} octobre 1928. Ulcus juxta-cardiaque.

Résection en gouttière en deux temps. Suture gastro-duodénale bout à bout (Péan).

Suites opératoires. — Excellentes. Guérison.

Le malade sort le 13 octobre.

Nous l'avons revu en mars 1929, il se déclare enchanté. Etat général excellent : « mange de tout ». Très bonnes digestions.

OBSERVATION XLIV

G... René, 41 ans, mécanicien. Vient consulter le 2 octobre 1928 pour des troubles gastriques datant de cinq ans. Depuis un an, il souffre davantage : ce sont des douleurs sourdes qui surviennent trois heures après le repas et la nuit.

L'examen du chimisme montre un peu de diminution de l'acidité gastrique.

On ne peut pratiquer d'examen radiologique.

On porte le diagnostic de gastrite avec hypoacidité et on institue un traitement médical.

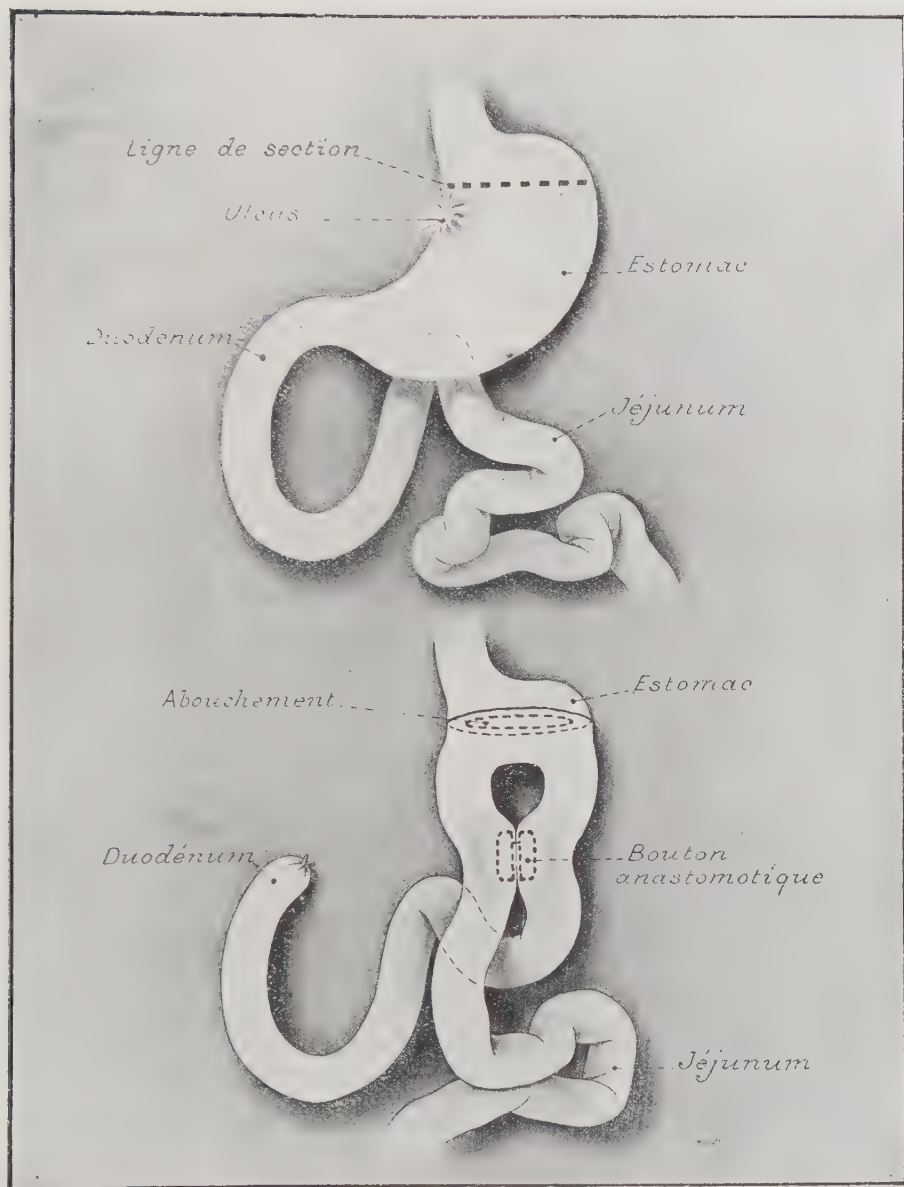
Le 29 novembre 1928, le malade est opéré d'urgence à la Pitié pour perforation d'ulcus. On aurait fait un enfouissement de l'ulcus complété par une G. E.

Cure radicale le 11 février 1929. On trouve un *ulcère calleux térébrant dans le foie et remontant jusqu'au cardia*. L'estomac est très adhérent au foie et difficile à libérer.

Résection en gouttière jusqu'à l'œsophage. Réfection de la petite courbure en trois places. Il reste un tube de 4 cm environ de diamètre. Anastomose gastro-duodénale.

Bonnes suites opératoires. Guérison. Sorti le 1^{er} mars 1929.

PLANCHE I



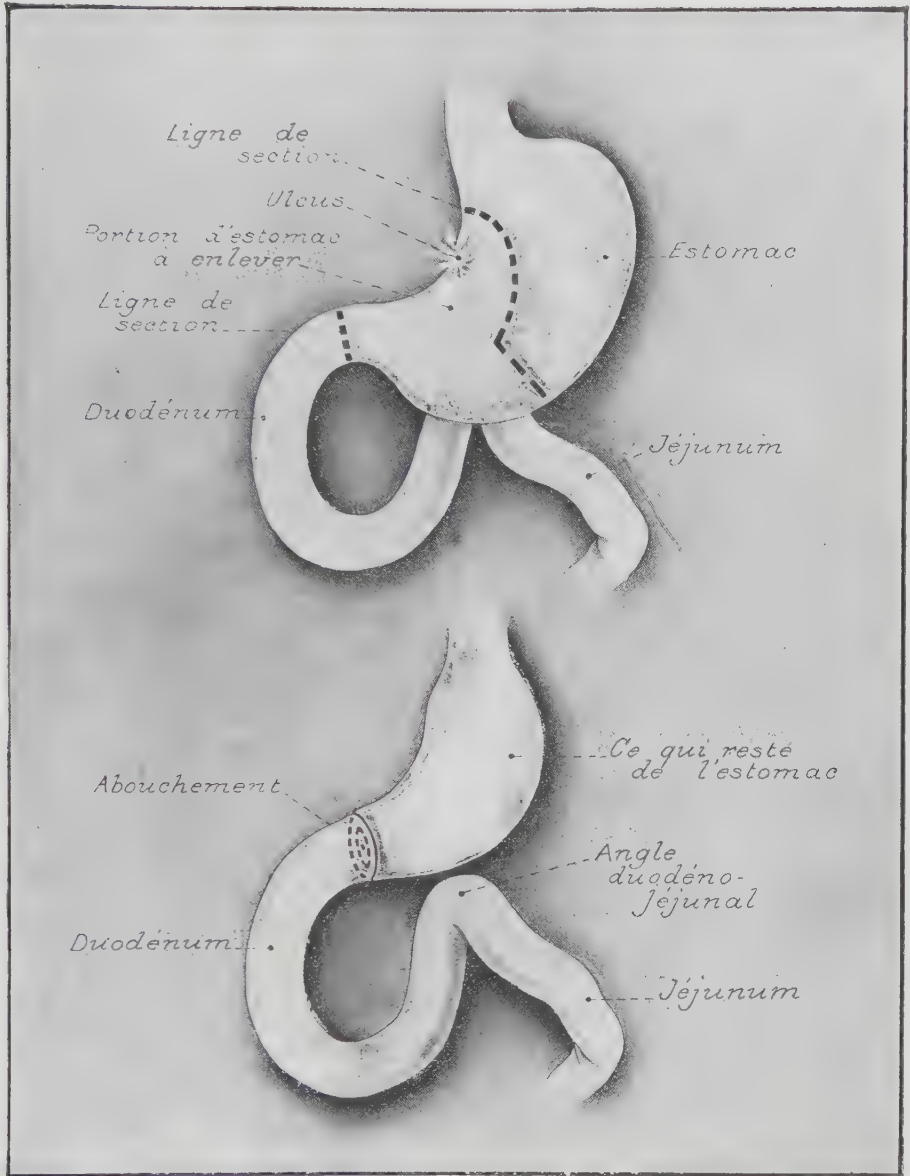
Gastrectomie subtotale à anse longue et jéjuno-jéjunostomie complémentaire

PLANCHE II



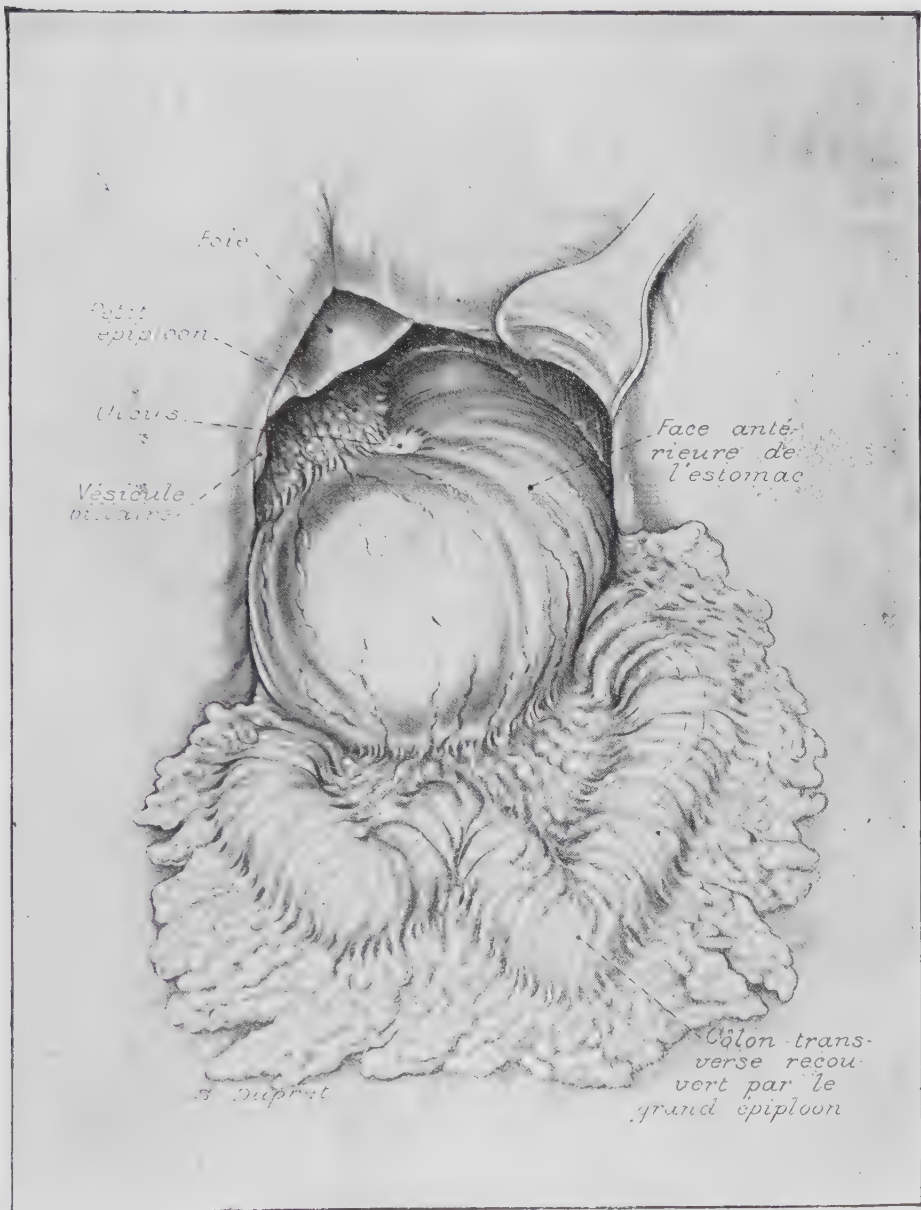
Ulcus haut situé de la petite courbure. La gastrectomie en gouttière. (Ici elle est complétée par un polya précolique à anse courte).

PLANCHE III



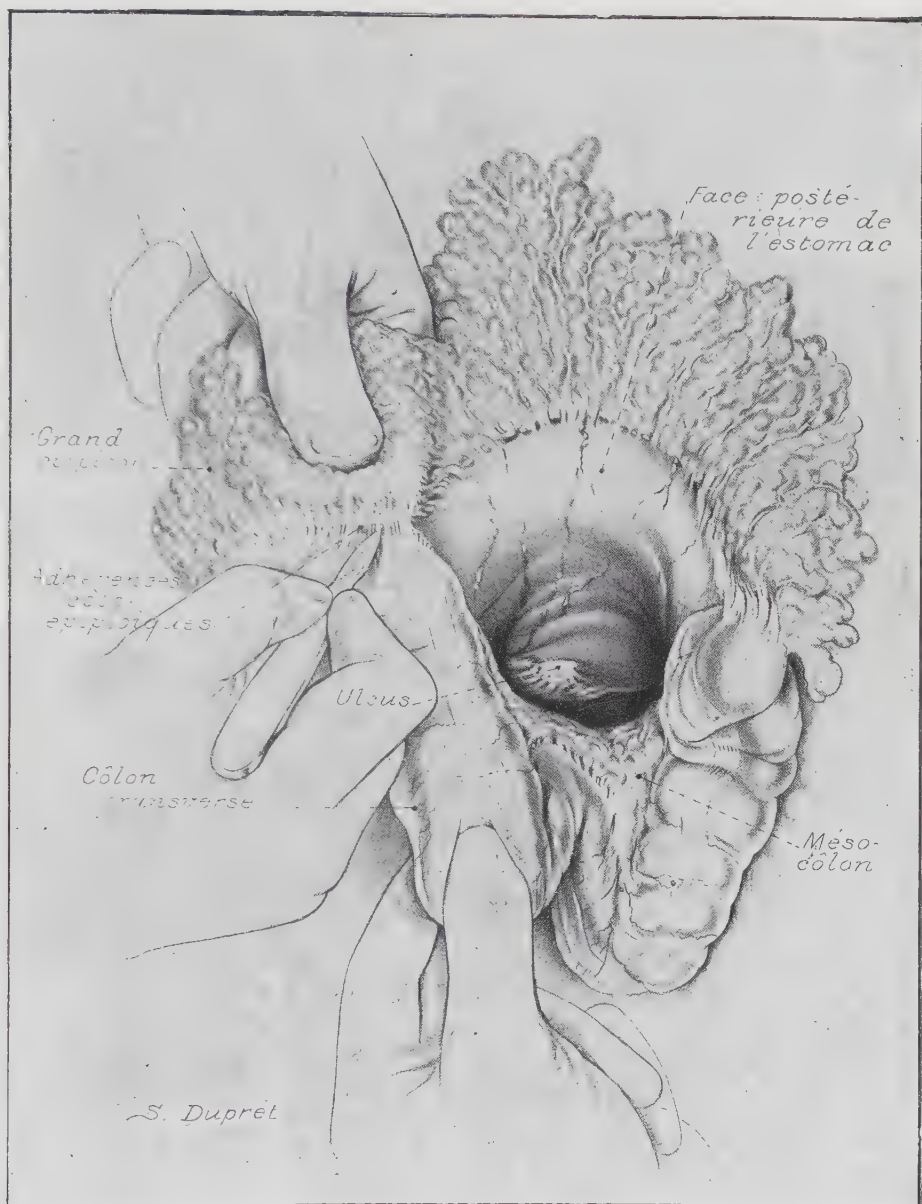
Ulcer haut situé de la petite courbure. Résection en gouttière complétée par une anastomose gastro-duodénale (Péan)

PLANCHE IV



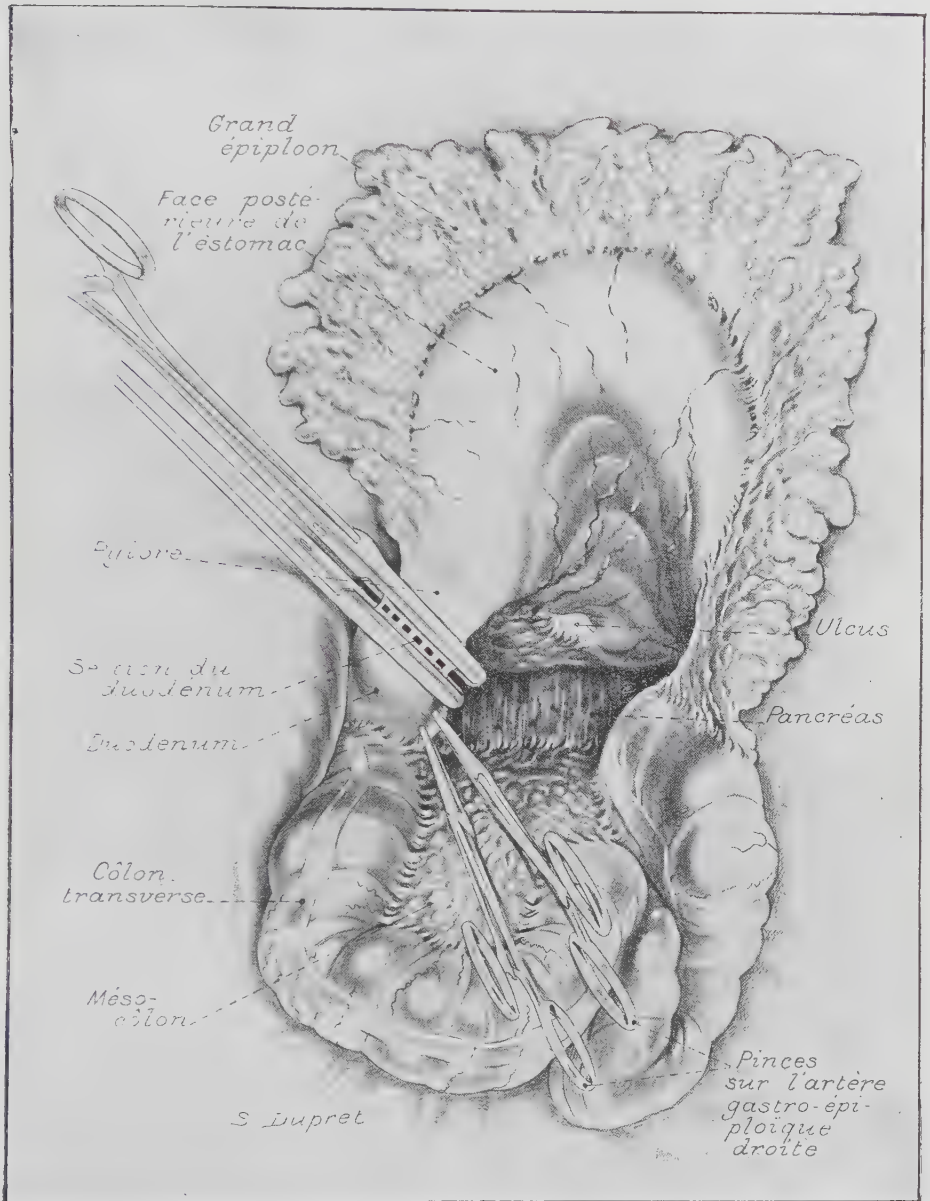
Exploration de la face antérieure de l'Estomac

PLANCHE V



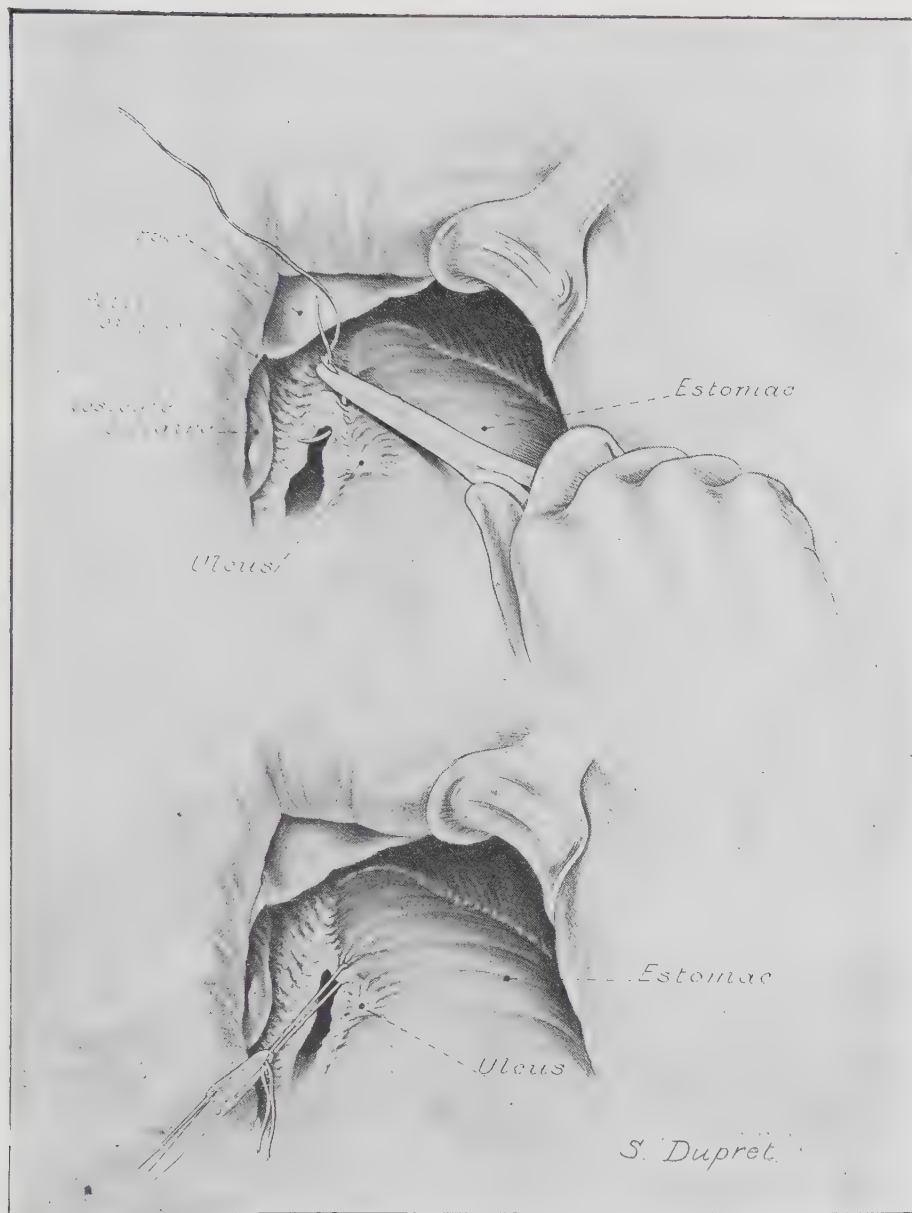
Décollement colo-épiploïque

PLANCHE VI



Section du duodénum entre deux pincés (lire artère pylorique au lieu de : artère gastro-épi-ploïque droite)

PLANCHE VII



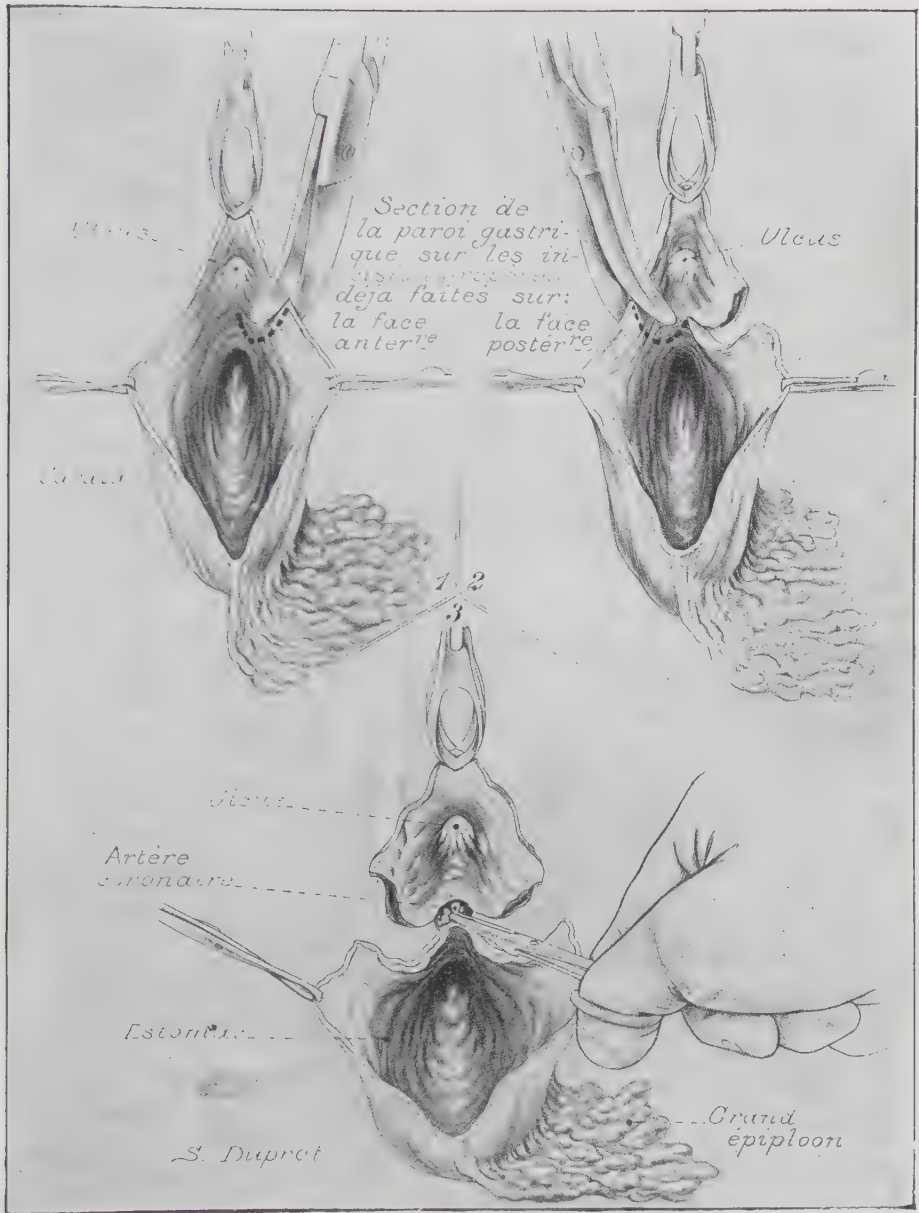
Mise en place du fil-amarre destiné à empêcher la rétraction du moignon gastrique

PLANCHE VIII



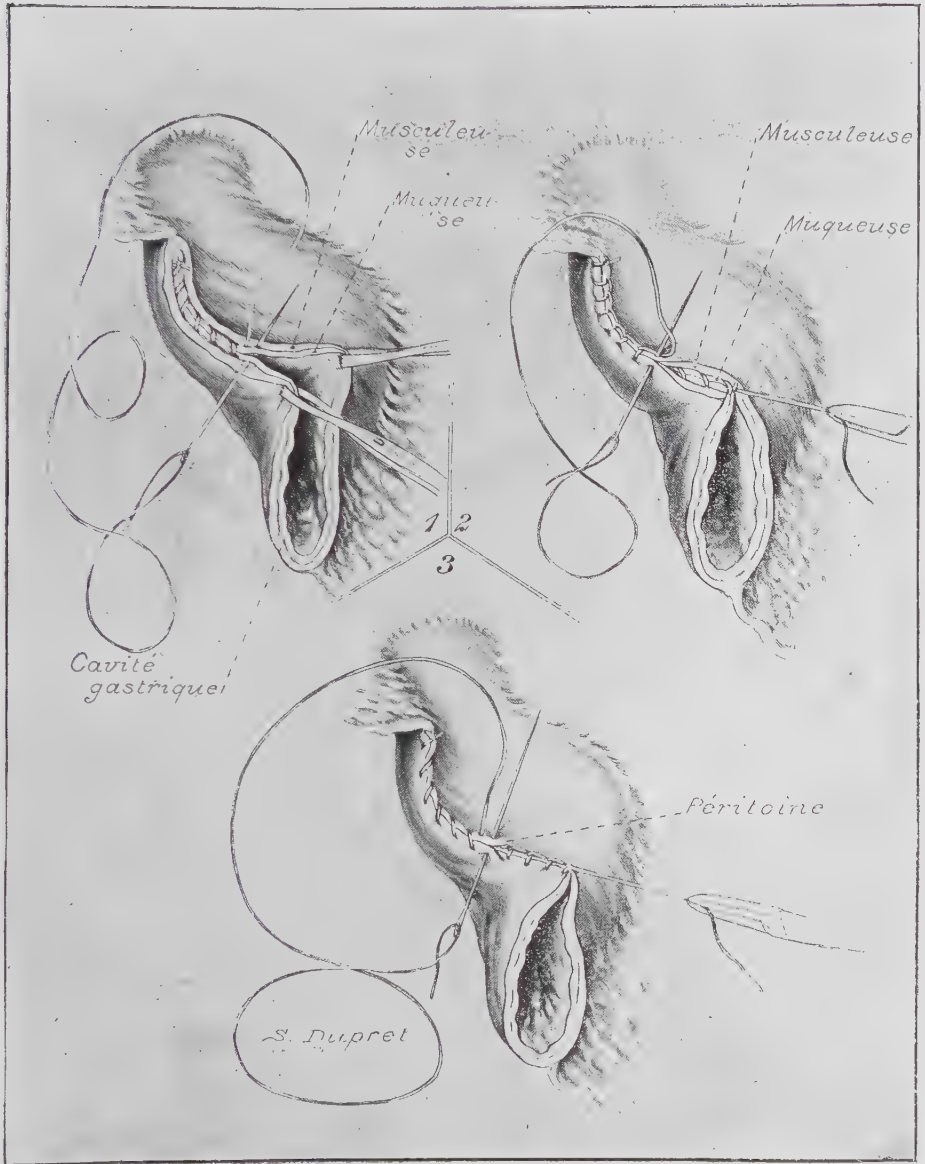
Résection en selle de l'ulcus dans la résection en deux temps. Tracé de l'incision.
Aspiration du contenu gastrique.

PLANCHE IX



Excision de l'ulcus

PLANCHE X



Reconstitution de la petite courbure

Conclusions

De tout ce qui précède, nous concluons donc :

1° L'ulcère gastrique haut situé est une affection grave dont le traitement est avant tout chirurgical;

2° Le seul traitement chirurgical rationnel et vraiment efficace consiste dans la pyloro-gastrectomie large qui seule peut guérir l'ulcus;

3° Nous espérons avoir montré par les résultats que nous avons exposés dans ce travail que le procédé de la « Résection en gouttière » constitue une technique pratique et sûre pour l'exérèse des ulcus gastriques haut situés sur la petite courbure : parmi tous les procédés employés, c'est celui qui nous a donné le plus grand nombre de succès.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

- H. HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac et du duodénum.
P. DUVAL, J.-Ch. ROUX et H. BÉCLÈRE. — Radiologie clinique
du tube digestif.
P. DUVAL. — *Journal de Chirurgie*, 1921.
DELORE et CONVERT. — *Revue de Chirurgie*, 1920, T. 58, n° 1.
E.-R. FLINT. — *Journal de Chirurgie*, 1920.
G. LOEWY. — *Thèse Paris*, 1921.
K. OSTERMEYER. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1921.
SCHMIEDEN. — *Zentralblatt für Chirurgie*, octobre 1921.
E. KLEIN. — *Annales for Surgery*, 1921.
DUBS. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1922.
E. BORCHERS. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, tome
LXXIV, n° 34.
FRIEDEMANN. — *Zentralblatt für Chirurgie*, tome LIV, n° 4826.
novembre 1927.
E. BUMM. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1928.
LEWISOHN. — *The journal of the american medical association*,
vol LXXXIX, n° 20, novembre 1927.
G. DOBERAUER. — *Hedizinische Klinik*, an. XXIV, n° 9, 2 mars
1928.
E. DESMAREST et G. DEBRAY. — *Journal de Chirurgie*, tome
XXXII.
H. OBERTHUR. — *Thèse Paris* 1926.
P.-E. PÉRIGORD. — *Thèse Paris* 1926.
L.-R. BRAITHWAITE. — *The Lancet*, vol. CCX, n° 5357, 1^{er} mai
1926.

GINESTY. — *Thèse Toulouse* 1922.

GUÉRIN. — *Thèse Lyon* 1919.

LÉPER et MARCHAL. — *Journal Médical Français*, janvier 1923.

V. PAUCHET. — *La Pratique chirurgicale illustrée*.

V. PAUCHET, G. LUQUET et A. HIRSCHBERG. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum.

G. LUQUET. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, décembre 1923.

M. DELORT. — Œsophage, estomac, duodénum. (Doin 1927).

— *Journal de Médecine*, 18 novembre 1922.

M. DELORT et VERPY. — Société de Biologie, 27 nov. 1920.

CARNOT, HARVIER-MATHIEU. — *Les ulcères digestifs*, 1922.

V. PAUCHET et A. THIERNY. — La gastro-entérostomie (Doin Paris 1926).

HAYON. — *Thèse Paris* 1929.

